



Abschlussbericht

der wissenschaftlichen Begleitung

zum

Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus} von Juli 2015 bis Dezember 2018

im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
Köln und Vallendar

Impressum

Autorinnen und Autoren

Anne Gebert, Frank Weidner,

Christina Weber, Claudia Ehling, Kerstin Seifert, Susanne Sachs

Redaktion

Elke Grabenhorst

Deutsches Institut
für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)

Hülchrather Str. 15

50670 Köln

Telefon: 0221/46861-30

E-Mail: dip@dip.de

Internet: <https://www.dip.de>

Gemeindegewest^{plus} ist ein Modellprojekt des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) des Landes Rheinland-Pfalz, das in sieben Modellregionen des Landes von Juli 2015 bis Dezember 2018 umgesetzt und vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) wissenschaftlich begleitet wurde.

Köln und Vallendar im Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	5
2.	ZIELE UND ZIELGRUPPEN DES PROJEKTES GEMEINDESCHWESTER^{PLUS}	6
3.	PROJEKTPHASEN UND ROLLE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	7
3.1	TEILPROJEKT 1 – VORBEREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG	7
3.2	TEILPROJEKT 2 – UMSETZUNG UND EVALUATION	10
4.	AUFGABEN DER GEMEINDESCHWESTER^{PLUS} UND KOOPERATIONEN MIT ANDEREN AKTEUREN	12
5.	ZAHLEN UND FAKTEN ZUM PRÄVENTIVEN HAUSBESUCH	14
5.1	ANZAHL DER BERATENEN PERSONEN	14
5.2	ZUGANGSWEGE	15
5.3	ANZAHL DER BERATUNGEN	18
5.4	BERATUNGSFORM, DAUER DER BERATUNGEN UND FAHRZEIT	19
5.5	WEITERVERMITTLUNGEN AN DIE PFLEGESTÜTZPUNKTE	20
5.6	ANZAHL UND ANLIEGEN „NICHT KONZEPTBEZOGENER“ ANFRAGEN	21
5.7	ANLÄSSE UND INHALTE DER BERATUNGEN	22
5.8	GESPRÄCHSTEILNEHMERINNEN UND -TEILNEHMER	26
5.9	ERREICHTE ZIELGRUPPE - ALTER, WOHN- UND LEBENSITUATION	27
6.	BEITRÄGE ZU GESUNDHEITS- UND SELBSTÄNDIGKEITSFÖRDERNDEN INFRASTRUKTUREN	30
6.1	VERNETZUNGSAKTIVITÄTEN UND MITARBEIT AN STRATEGIEPROZESSEN	30
6.2	INITIIERUNG UND DURCHFÜHRUNG VON ANGEBOTEN	31
6.3	FAZIT: BEITRÄGE ZU GESUNDHEITS- UND SELBSTÄNDIGKEITSFÖRDERNDEN INFRASTRUKTUREN	33
7.	ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN ZUR QUALIFIZIERUNG DER GEMEINDESCHWESTER^{PLUS}	34
8.	ERGEBNISSE UND ERFAHRUNGEN ZU DEN EINGESETZTEN ARBEITSINSTRUMENTEN	36
9.	ERFAHRUNGEN UND EINSCHÄTZUNGEN ZUR TRÄGERSCHAFT	37
10.	FAZIT UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	38
	LITERATURHINWEISE	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Teilprojekte und Projektphasen.....	7
Abbildung 2: Rahmenkonzept und kommunale Differenzierung.....	8
Abbildung 3: Dauer der Hausbesuche und Telefonate nach Beratungsart.....	20
Abbildung 4: Mögliches Leistungsspektrum präventiver Hausbesuch.....	39
Abbildung 5: Grad der örtlichen Steuerungskapazität im Kontext von Erfahrung und Kompetenzen der Gemeindeschwestern ^{plus}	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesprächsanlässe	222
Tabelle 2: Gesprächsanlässe nach Anzahl der Kontakte.....	23
Tabelle 3: Anzahl der Beratungsthemen nach Beratungskontakt.....	24
Tabelle 4: Allgemeine Daten zum Modellprojekt Gemeindeschwester ^{plus} im Überblick	28
Tabelle 5: Aufgabenbereiche, Kompetenzen und Inhalte der Schulung.....	34

1. Einleitung

Das Land Rheinland-Pfalz hat von Juli 2015 bis Dezember 2018 das Modellprojekt Gemeindegewester^{plus} in sieben Modellregionen des Landes durchgeführt. Für die Teilnahme am Modellprojekt wurden im Sommer 2015 aus einem größeren Bewerberfeld die folgenden Modellregionen mit neun kommunalen Gebietskörperschaften ausgewählt:

- Landkreis Alzey-Worms
- Landkreis Birkenfeld
- Landkreis Bitburg-Prüm
- Landkreis Kaiserslautern und Stadt Kaiserslautern
- Stadt Koblenz
- Landkreis Neuwied
- Landkreis Südliche Weinstraße und Stadt Landau.

Es wurden gezielt ländliche und städtische Regionen gewählt, um die Umsetzung des Projektes in unterschiedlichen kommunalen Strukturen erproben zu können. Für den Einsatz in den Modellregionen wurden 18 erfahrene Pflegefachkräfte, die auf insgesamt 12,5 Stellen beschäftigt wurden, zu Gemeindegewestern^{plus} weiterqualifiziert. Das federführende Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) des Landes Rheinland-Pfalz hat im Juni 2015 das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln mit der Qualifikation und wissenschaftlichen Begleitung im Modellprojekt Gemeindegewester^{plus} beauftragt.

Der vorliegende Abschlussbericht bezieht sich auf den gesamten Projektzeitraum vom 01. Juli 2015 bis 31. Dezember 2018 und gibt damit Auskunft sowohl zur Implementierungsphase, die bis Ende 2016 lief, als auch zur Umsetzungsphase bis zum Ende des Projektes. Eingebettet darin sind die Evaluationsphase von Anfang 2017 bis Mai 2018 sowie der Erfassungszeitraum der Auswertungsdaten von Juni 2016 bis Ende September 2018.

Nachfolgender Abschlussbericht baut auf den bereits vorliegenden Berichten zum Modellprojekt Gemeindegewester^{plus} auf, ergänzt und vervollständigt diese insbesondere um Daten und Erkenntnisse aus den beiden abschließenden Projektjahren. Ausführliche Informationen zu den Projektstrukturen, den Projektgremien und den Modellkommunen werden hier nicht wiederholt und können dem Endbericht zur „Implementierungsphase“ des DIP entnommen werden (Gebert et al. 2016). Die Ergebnisse der von der Universität zu Köln durchgeführten Evaluation können im Evaluationsbericht nachgelesen werden (Schulz-Nieswandt et al. 2018). Beide Berichte stehen auf der Homepage des Ministeriums zum kostenlosen Download zur Verfügung:

(<https://msagd.rlp.de/ar/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewesterplus/>).

Ziel der vorliegenden Abschlussberichterstattung der wissenschaftlichen Begleitung ist es damit, zusammenfassend die Strukturentwicklungen, Prozesse sowie die gewonnenen Kennzahlen und Erkenntnisse darzulegen. In Abgrenzung zum vorliegenden Evaluationsbericht geht es nicht um eine erneute Beurteilung von Zielerreichungen und Wirkungen der Maßnahmen oder die Einbettung des Projektes und der Ergebnisse in größere Entwicklungszusammenhänge der relevanten, neueren bundesdeutschen Diskussion.

2. Ziele und Zielgruppen des Projektes Gemeindeschwester^{plus}

Das Ziel des Projektes war und ist es, ein neues Angebot für hochbetagte, selbständig lebende Menschen ab 80 Jahren zu schaffen, die Unterstützung und Beratung zur Stärkung und Stabilisierung ihrer Lebenssituation wünschen. Die Selbständigkeit der Menschen und deren Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe sollen möglichst lange erhalten bleiben, Pflegebedürftigkeit durch gezielte Interventionen möglichst vermieden bzw. hinausgezögert und Informationen über das umfassende Beratungs- und Hilfesystem im Wohnumfeld vermittelt werden.

Dies erfolgt einerseits durch eine aufsuchende, präventive und gesundheitsfördernde Beratung durch präventive Hausbesuche und ggf. mittels Begleitungen und zum anderen durch Beiträge zur sozialräumlichen Infrastrukturentwicklung. Die im Projekt qualifizierten und eingesetzten Gemeindeschwestern^{plus} erbringen somit präventive Leistungen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, aber keine Leistungen, die bereits durch ambulante Dienste oder Pflegestützpunkte erbracht und von Pflegekassen finanziert werden. Damit erweitert das Projekt Gemeindeschwester^{plus} das bestehende sozialrechtliche Leistungsspektrum um Aspekte des frühzeitigen Kümmerns und trägt dem erkennbaren Unterstützungs- und Beratungsbedarf vieler alter Menschen Rechnung. Das Land Rheinland-Pfalz hat mit dem Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus} eine bundesweite Vorreiterrolle im Hinblick auf sozialräumlich eingebettete, präventive Beratungs- und Unterstützungsleistungen für hochbetagte Menschen übernommen.

Zielgruppe des Angebotes sind somit ältere Menschen im Vorfeld der Inanspruchnahme des sozialrechtlichen Leistungsspektrums nach SGB XI, die 80 Jahre und älter sind. Menschen unter 80 Jahren mit einem Anliegen, das in das Aufgabenfeld der Gemeindeschwester^{plus} fällt, werden ebenfalls informiert und beraten. Der Unterschied zwischen diesen Ziel- und Altersgruppen liegt in den Zugangswegen. 80-jährige und ältere Personen werden aktiv im Rahmen der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit informiert und beworben, jüngere Seniorinnen und Senioren nicht. Letztere wenden sich insbesondere bei selbsterkannten Bedarfen direkt an die Gemeindeschwester^{plus}.

3. Projektphasen und Rolle der wissenschaftlichen Begleitung

Das Projekt gliederte sich in zwei Teilprojekte und drei Projektphasen, wie nachfolgender Abbildung 1 entnommen werden kann.

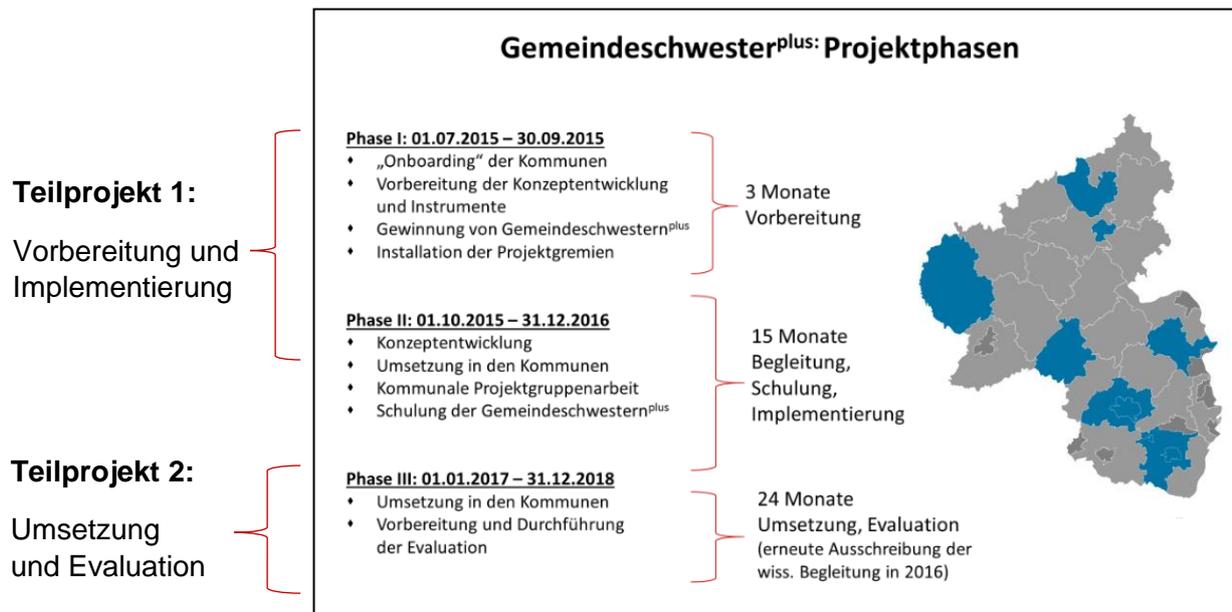


Abbildung 1: Teilprojekte und Projektphasen

3.1 Teilprojekt 1 – Vorbereitung und Implementierung

Das erste Teilprojekt erstreckte sich vom 1. Juli 2015 bis zum 31. Dezember 2016 über einen Zeitraum von insgesamt 18 Monaten. Es war unterteilt in eine dreimonatige Vorbereitungsphase (Phase 1) und eine fünfzehnmonatige Phase der Begleitung, Schulung und Implementierung in den Modellregionen (Phase 2). Eine ausführliche Berichterstattung liegt mit dem Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“ vor (Gebert et al. 2016).

In der ersten Phase wurde die Projektsteuerung auf Ebene des MSAGD installiert, die Kommunen zum Konzept und den organisatorischen Gegebenheiten informiert und die Fachkräfte gewonnen. Darüber hinaus wurden die notwendigen Arbeitsinstrumente zur Durchführung der präventiven Hausbesuche (Gesprächsleitfaden und Dokumentation) sowie ein auf die Bedingungen des Projektes zugeschnittenes Schulungskonzept für die Gemeineschwestern^{plus} mit tragfähigem Schulungsrahmen entwickelt und angepasst.

Die zweite Phase diente der Implementierung des Angebotes in den Modellkommunen. Ziel dieser Phase war es, gemeinsam Strukturen und Prozesse aufzubauen und bis zu einem tragfähigen Reifegrad zu entwickeln. Zu Beginn der Phase 2 starteten mehrere Prozesse zeitgleich. Diese Gleichzeitigkeit von Prozessen führte zu einer großen Dynamik, die von notwendigen Abstimmungs- und Klärungsprozessen geprägt war. Auf kommunaler Ebene mussten die regionalen Konzepte weiterentwickelt, die Infrastruktur für die Fachkräfte bereitgestellt und

die Projektgruppen installiert werden. Darüber hinaus starteten die Schulungen für die Fachkräfte im Projekt und die Verknüpfung zur vorhandenen Versorgungslandschaft und den kommunalen Akteuren musste gestaltet werden.

Baustein: Kommunale Konzeptentwicklung

Mit der kommunalen Konzeptentwicklung wurden die Modellkommunen aufgefordert, das übergeordnete Konzept des Projektes mit den jeweiligen regionalen und örtlichen Gegebenheiten zu verbinden und an die sozialräumlichen Infrastrukturen und Akteurslandschaften anzupassen.

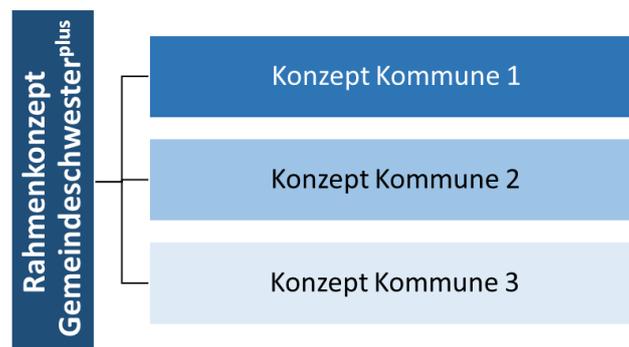


Abbildung 2: Rahmenkonzept und kommunale Differenzierung

Die Ermöglichung eines Gestaltungsspielraums innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen trug dem Umstand der unterschiedlichen kommunalen Bedarfe, Infrastrukturen und Kulturen Rechnung. Dieses Vorgehen gewährleistete, dass die Kommunen das Angebot der Gemeindegewestplus^{plus} passgenau für die kommunalen Bedarfe entwickeln und implementieren konnten. Die kommunalen Konzepte sollten Aussagen zu den kommunalen Zielen, den Zielgruppen, den Zugangswegen zu den Seniorenhaushalten, den geplanten Schwerpunkten des Angebotes und Kooperationsmöglichkeiten des Projektes in der Region enthalten sowie eine Zeitplanung. Der Konzepterstellungprozess wurde vom DIP unterstützt und begleitet.

Baustein: Implementierung und Durchführung der kommunalen Projektgruppen

Mit der Zielsetzung, die kommunale Verzahnung und Vernetzung des Projektes in der Akteurslandschaft von Beginn an zu implementieren und zu stärken, wurden zeitnah nach Beginn des Projektes in den Kommunen die begleitenden Projektgruppen installiert. Mitglieder der zweimal jährlich tagenden Projektgruppe waren laut Projektvereinbarung:

- Projektverantwortliche der Modellregionen
- ggf. Anstellungsträger
- Träger der beteiligten Pflegestützpunkte (Pflegekassen, Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen)
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der beteiligten Pflegestützpunkte
- Fachkräfte im Projekt Gemeindegewestern^{plus}
- Seniorenbeirat
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung, LZG RLP (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.)
- weitere relevante Akteure

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung trugen die Zusammenkünfte der unterschiedlichen Akteure zweimal im Jahr in den Modellregionen zu einem guten Informationsaustausch über das Konzept, das Angebot und die Leistungen in der kommunalen Akteurslandschaft bei.

Baustein: Bereitstellung der Infrastrukturen für die Fachkräfte in den Modellregionen

Die Bereitstellung eines angemessenen Arbeitsplatzes am oder im jeweiligen Pflegestützpunkt der Modellregion und einer zur Aufgabenerfüllung sachgerechten Ausstattung oblag den Anstellungsträgern im Projekt. Größte Herausforderung war hier, die in der Projektvereinbarung festgelegte räumliche Nähe zu den Pflegestützpunkten zu gewährleisten. Dies gelang nicht in allen Projektregionen. Häufig standen keine weiteren Räume in den von den Pflegestützpunkten genutzten Gebäuden zur Verfügung. Darüber hinaus mussten datenschutz- und mietrechtliche Bestimmungen berücksichtigt werden. Fragen, die auftraten, betrafen die Einhaltung des Datenschutzes bei Nutzung gemeinsamer Infrastruktur wie Büroräume oder auch die Aufteilung der Finanzierung von Miet-, Sach- und Verbrauchskosten. Die aus fachlicher Sicht im Sinne des Versorgungsprozessgedankens äußerst sinnvolle Verknüpfung der Leistungen der Pflegestützpunkte mit denen der Gemeindegewestern^{plus} wurde durch die erst nach und nach erfolgten Klärungen der organisatorischen und verwaltungsbezogenen Rahmenbedingungen erschwert. Um dies in Zukunft zu vermeiden, sollten mögliche Kooperationspartner stärker in die Planung der Maßnahmen zur Implementierung von Gemeindegewestern^{plus} miteinbezogen werden.

Baustein: Vorbereitung und Organisation der Schulungen der Fachkräfte

Der Schulungsbeginn für die Fachkräfte war zunächst für März 2016 vorgesehen, um die notwendige Zeit für die Akquisition und grundsätzliche Einarbeitung zu gewährleisten. Da ein Großteil der Fachkräfte bereits zum 01. Oktober 2015 die Arbeit im Projekt aufgenommen hatte, lag es im Interesse des MSAGD, zeitnah mit den Schulungen zu beginnen. Aus diesem Grund wurde von der ursprünglichen Zeitplanung abgewichen und der Schulungsstart auf Ende Oktober 2015 vorverlegt. Die Planung und Organisation der Schulungstage wurde dementsprechend vorgezogen. Die insgesamt 22 Schulungstage für die Fachkräfte des Projektes fanden mit Ausnahme eines Schulungsblocks in den Räumlichkeiten der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) statt. Planung, Durchführung und Anpassung der Schulungen wurde vom DIP verantwortet (ausführlich dazu Kapitel 7).

Die Implementierungsphase diente damit insbesondere der Entwicklung und Anpassung von Grundlagen, Schulungen und Instrumenten zum Einsatz von Gemeindeschwestern^{plus} in den Modellregionen sowie der Klärung von – zunächst durchaus auch divergierenden – Auffassungen zu den Zielen und den Rollen und Aufgaben der Gemeindeschwestern^{plus} sowie der Kooperation mit anderen Akteuren, vor allen Dingen den Pflegestützpunkten und den Pflegekasernen. Bis Mitte 2016 hatten sich diese wichtigen Fragen vor Ort in den Kommunen und im Gesamtkontext des Projektes weitgehend klären und vereinbaren lassen, so dass mit der Umsetzungsphase begonnen werden konnte.

3.2 Teilprojekt 2 – Umsetzung und Evaluation

Teilprojekt zwei beinhaltete die „Evaluation der Umsetzungsphase“ und die „wissenschaftliche Begleitung des Projektes Gemeindeschwester^{plus}“. Es war über eine Projektlaufzeit von 24 Monaten angelegt, vom 01. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2018. Dieses Teilprojekt wurde vom MSAGD im Oktober 2016 mit den Anteilen „wissenschaftliche Begleitung“ und „Evaluation“ öffentlich ausgeschrieben. Das DIP und die Universität zu Köln erhielten als Bietergemeinschaft den Zuschlag. Die Universität zu Köln war federführend verantwortlich für die Evaluation des Projektes, das DIP für die weitere wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung.

Die wissenschaftliche Begleitung bestand laut Leistungsbeschreibung des MSAGD aus folgende Aufgaben:

- Begleitung und Beratung der Projektverantwortlichen und Projektgremien in den Regionen
- Information der regionalen Begleitgremien und der Steuerungsgruppe
- Begleitung der Fachkräfte im Projekt Gemeindeschwester^{plus}

Darüber hinaus übernahm das DIP in enger Abstimmung mit dem Team der Universität zu Köln Erhebungen im Rahmen des Evaluationsprozesses. Die Ergebnisse der Telefoninterviews (n=150) zu den Motiven der Inanspruchnahme und dem Nutzen der Maßnahme aus Sicht der Seniorinnen und Senioren und zu den „Marktplatzinterviews“ zur Bekanntheit des Projektes in den Modellkommunen wurden bereits im Evaluationsbericht dargelegt und bewertet.

Begleitung der Projektverantwortlichen und regionalen Projektgremien

Vor dem Hintergrund der ersten Projektphase waren die Themen Konzeptanpassung und -weiterentwicklung, Netzwerkarbeit und Zusammenarbeit sowie Weiterentwicklung der regionalen Altenhilfestrukturen in den Modellregionen bereits gut implementiert. Die in der Implementierungsphase erreichte Strukturierung und Konturierung der Maßnahme und die Einpassung in das kommunale Gesamtgefüge wurden von den Projektverantwortlichen als grundsätzlich tragfähig erlebt. Die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung bestand in diesem Punkt daher in einer bedarfsorientierten und vertiefenden Beratung vor Ort. Die inhaltliche Weiterentwicklung des Projektes in den einzelnen Modellkommunen wurde mit zunehmendem Projektverlauf von den Fachkräften in Abstimmung mit den Projektverantwortlichen übernommen.

Begleitung der Fachkräfte

Da es sich beim Aufgabenfeld der Gemeindegewestern^{plus} um ein innovatives, zum Teil noch weiterhin zu konturierendes Aufgaben- und Tätigkeitsfeld handelt, wurden vom DIP regelmäßig Begleit- und Reflexionstreffen zum moderierten, kollegialen Austausch in der Gesamtgruppe der Gemeindegewestern^{plus} angeboten. So wurden in diesem Teilprojekt insgesamt fünf zweitägige Blockveranstaltungen zur Prozessbegleitung, zum Erfahrungsaustausch und zur reflexiven Fallarbeit für die Fachkräfte angeboten. Die Veranstaltungen für die Fachkräfte fanden wiederum in den Räumen der PTHV in Vallendar statt, beginnend im ersten Quartal 2017. Darüber hinaus erfolgten bei Bedarf auch telefonische Beratungen oder Beratungen per E-Mail, die von den Fachkräften häufiger genutzt wurden.

Perspektive der Fortführung des Ansatzes Gemeindegewester^{plus}

Mit Vorstellung der Evaluationsergebnisse im Mai 2018 versicherte Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler, dass das Land sein Engagement zum Einsatz von Gemeindegewestern^{plus} auch fortsetzen und weiterentwickeln werde. In der Pressekonferenz vom 16. Mai 2018 sagte sie: „Vorbehaltlich der Haushaltsdebatten und der Entscheidung des Landtages, die im Herbst zu erwarten ist, haben wir für die Jahre 2019 und 2020 Finanzmittel eingeplant. Und ich werde auch mit den Spitzen der rheinland-pfälzischen Pflege- und Krankenkassen und Kommunen Gespräche führen.“ Ziel war es, die bestehenden Projektstellen auch über das Ende der Projektlaufzeit hinaus fortzuführen und möglichst auch neue Modellkommunen in den Prozess aufzunehmen. Trotz des klaren Signals der Landesregierung überlagerten ab Mitte 2017 die offenen Fragen zur konkreten Fortsetzung und Weiterbeschäftigung der Fachkräfte in den Kommunen das Projektgeschehen in den Modellkommunen und führten mithin auch zu einer erklärbaren Verringerung von Umsetzungsaktivitäten im letzten Quartal der Datenerhebung durch das DIP bis Ende September 2018.

4. Aufgaben der Gemeindegeschwester^{plus} und Kooperationen mit anderen Akteuren

Die Tätigkeitsfelder der Gemeindegeschwester^{plus} beziehen sich im Kern auf die Vorbereitung, Planung, Organisation und Durchführung von zugehenden und präventiven Beratungen im Zuhause von Seniorinnen bzw. Senioren sowie auf Beiträge zu einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung der kommunalen und sozialräumlichen Infrastrukturen. Die Aufgaben der Fachkräfte sind insbesondere:

- aufsuchende, gesundheitsfördernde und präventive Beratung
- Aspekte des Kümmerns und der niedrigschwelligen Begleitung
- Erfassung von wohnortnahen Angeboten zur Unterstützung und Teilhabe
- Vermittlung von konkreten Unterstützungs- und Teilhabeangeboten
- Weiterleitung an und Übernahme von anderen Diensten
- Zusammenwirken mit der Kommune zur Weiterentwicklung der sozialräumlichen Infrastrukturen

Ausgerichtet ist das Angebot Gemeindegeschwester^{plus} im Schwerpunkt auf hochaltrige Menschen, also Seniorinnen und Senioren 80 Jahre und älter. Die in den Tätigkeitsfeldern erbrachten Leistungen sollen komplementär zur Arbeit der Pflegestützpunkte, der ambulanten Pflegedienste und anderen vor Ort etablierten Unterstützungsstrukturen sein, z.B. dem Entlassungsmanagement von Krankenhäusern oder den Sozialpsychiatrischen Diensten.

In Verbindung mit der Zielgruppe des Projektes Gemeindegeschwester^{plus} wurden die Tätigkeitsfelder vor dem Hintergrund der Vermeidung von Doppelstrukturen in Abgrenzung zu bereits bestehenden Angeboten formuliert. An der Schnittstelle Pflegestützpunkt und Gemeindegeschwester^{plus} bedeutete dies ganz konkret, dass keine Beratungen zu konkreten Leistungsansprüchen aus der Pflegeversicherung von den Fachkräften geleistet werden. Darüber hinaus gehörten ältere Menschen mit einem Pflegegrad nicht zur definierten Zielgruppe und sollten ggf. an die Pflegestützpunkte verwiesen werden.

Die Abgrenzung zu den ambulanten Pflegediensten bezieht sich u.a. auf Leistungen, die über den Abrechnungskatalog der gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen erfolgen. Diese werden nicht von den Gemeindegeschwester^{plus} erbracht. Diese Abgrenzungen wurden im Projektrahmen eindeutig gesetzt und erwiesen sich im Projektverlauf als tragfähig. Mit ambulanten Diensten vor Ort und zahlreichen anderen relevanten Akteuren im kommunalen Feld wurden im Projektverlauf bilaterale Absprachen zu Einzelfragen getroffen, die sich als tragfähig erwiesen.

Die Kooperation mit den Pflegestützpunkten und die Abgrenzung des Tätigkeitsfeldes der Gemeindeschwestern^{plus} von ihrer Arbeit kann ebenfalls als gelungen bezeichnet werden, dennoch sind zum Ende der Implementierungsphase aus Perspektive der Gemeindeschwestern^{plus} noch einige Aspekte offen, die immer wieder vorkommen und die bei Fortführung des Angebotes der weiteren Klärung bedürfen:

- Umfang von Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung im Hausbesuch
- Bedarfe von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, die nicht ins Leistungsspektrum der Pflegeversicherung fallen (z.B. Mobilität der pflegenden Angehörigen, Möglichkeiten der sozialen Teilhabe)
- Umgang mit Personen, die von den Gemeindeschwestern^{plus} im Vorfeld der Einstufung in die Pflegeversicherung begleitet wurden, nach deren Einstufung
- Zurück- bzw. Weitervermittlung von Personen durch den Pflegestützpunkt, deren Antrag auf Einstufung in die Pflegeversicherung abgelehnt wurde
- Beratung durch den Pflegestützpunkt als Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung in Abgrenzung zu Bedarfen an niedrigschwelliger, kontinuierlicher Begleitung bei Personen mit Pflegegrad eins und zwei
- Beiträge zur kommunalen Infrastruktur in Form von Netzwerkarbeit, Projektinitiativen

Die aus Perspektive der Fachkräfte des Projektes identifizierten Bedarfe von Seniorinnen und Senioren und die damit verbundenen offenen Fragen in der Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten zeigen zum einen die enge Berührung und mithin auch Verzahnung der Leistungen dieser beiden Angebote, zum anderen auch die unterschiedliche Ausrichtung des Leistungsspektrums.

So ist die Beratung zu Leistungsansprüchen nach SGB XI eindeutig im Pflegestützpunkt verankert. Ergeben sich in einem präventiven Hausbesuch jedoch Informationsbedarfe zu allgemeinen Leistungen nach SGB XI (z.B. Wie stelle ich einen Antrag? Welche Leistungen sieht das SGB XI allgemein vor?), stellt sich die Frage, inwieweit die Gemeindeschwestern^{plus} hier allgemein informieren sollen und dürfen und wo genau die Grenze zwischen Information und Beratung liegt. In der Lebenswirklichkeit von Seniorinnen und Senioren lässt sich die gewünschte definitorische Abgrenzung der Tiefe der Beratung nicht immer eindeutig bestimmen. Hier ist die vertrauensvolle und gelingende Kooperation zwischen den Diensten ausschlaggebend für die Erbringung von Leistungen vom jeweiligen Dienst. Ein weiterer Punkt, der die Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten betrifft, besteht in der Weitervermittlung von Personen an die Fachkräfte des Projektes Gemeindeschwestern^{plus}. Dies erfolgte nur in einzelnen Modellkommunen. Einschätzung der Fachkräfte ist, dass noch nicht überall die möglichen Potenziale ausgeschöpft worden sind.

Eine weitere Herausforderung, die sich während der Projektlaufzeit zeigte, ist in den Bedarfen von pflegebedürftigen Menschen zu sehen, deren Bearbeitung aufgrund des Ausschlusses dieser Zielgruppe nicht einfach möglich war. Dies betrifft insbesondere Menschen mit Pflegegrad eins und zwei, die selbständig oder mit Partnerin/ Partner im eigenen Zuhause leben. Es zeigte sich, dass die Leistungen der Pflegeversicherung unterstützen, aber darüber hinaus auch in diesen Gruppen noch Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarfe bestanden, die von den Pflegestützpunkten und den ambulanten Pflegediensten nicht gedeckt wer-

den konnten. Dies sind z.B. die Unterstützung von Telefonaten bei höreingeschränkten Personen (Pflege- und Krankenkasse oder die Vereinbarung eines Facharzttermins), das Ausfüllen von Formularen, Rechnungen zu begleichen oder die Sicherstellung der Versorgung mit Lebensmitteln im Krankheitsfall. Die älteren Menschen benötigen hier eine Person, die sich menschlich zuwendet und sie fachlich kompetent unterstützt, mit der sie alltagsweltliche und medizinische oder pflegerische Anliegen besprechen können, die im Regelfall von Angehörigen übernommen werden oder deren Anforderungen die Kenntnisse und/ oder die Fähigkeiten der Familie und der älteren Menschen überschreiten.

5. Zahlen und Fakten zum präventiven Hausbesuch

Die hier zusammengestellten Zahlen und Fakten zum Modellprojekt Gemeindegeschwester^{plus} beziehen sich auf den Umsetzungszeitraum im Projekt, und zwar vom 01. Juni 2016 bis zum 30. September 2018, also einen Zeitraum von 28 Monaten (Erfassungszeitraum), mit Ausnahme einer Modellkommune, in dieser liegen nur bis zum 31. Dezember 2017 Daten vor. Die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse der Auswertung der Beratungsdokumentation bilden damit insbesondere den Zeitraum der Umsetzung des Projektes in den Modellkommunen ab.

Die Beratungsgespräche mit den besuchten Seniorinnen und Senioren wurden von den 18 Gemeindegeschwester^{plus} dokumentiert und anonymisiert in einer Excel[®]-Tabelle erfasst und zusammengeführt. Die in den Dokumentationen erfassten Bereiche sowie deren kriterienorientierte Ausprägung wurden in der Implementierungsphase mit den Projektverantwortlichen der Kommunen und den Fachkräften erarbeitet und abgestimmt. Die Dokumentation war in allen neun Modellkommunen einheitlich und verbindlich, um eine möglichst hohe Standardisierung und Qualität der Daten zu erreichen.

Nicht abgebildet sind in den Daten die Zeiten und Aufwendungen der Gemeindegeschwester^{plus} für die Qualifikation, Vor- und Nachbereitung von Beratungen sowie für die Mitarbeit und Vernetzung in den Modellkommunen.

5.1 Anzahl der beratenen Personen

Im Erfassungszeitraum wurden bei insgesamt 2.956 älteren Menschen Erstberatungen in den neun Modellstandorten durchgeführt. Insgesamt wurden 4.835 Hausbesuche dokumentiert. Mit erfasst sind hier auch Folgehausbesuche bei Personen, die vor Juni 2016 einen Erstbesuch hatten (278).

Die Anzahl der erreichten Seniorinnen und Senioren variierte in den Modellkommunen von 119 Personen beim Einsatz von Gemeindegeschwester^{plus} im Stellenumfang von einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) bis zu 826 Personen beim Einsatz von zwei VZÄ. Die Anzahl der erreichten Seniorinnen und Senioren steht nicht nur in Zusammenhang mit dem Stellenumfang der eingesetzten Fachkräfte in den Modellkommunen, sondern auch mit den gewählten Zugangswegen, den Zielgruppen und der jeweiligen Unterstützung durch die Projektverantwortlichen vor Ort (Öffentlichkeits-, Netzwerkarbeit). Ein weiterer beeinflussender Faktor ist im Bekanntheitsgrad der Gemeindegeschwester^{plus} aus vorherigen und/ oder anderen Zusammenhängen bzw. Tätigkeiten in den Kommunen zu sehen (z.B. vorheriger Arbeitsplatz, ehrenamtliche Mitarbeit in Vereinen, politische Ämter, lange in einer Kommune lebend). Die im Rahmen der

Evaluation durchgeführten „Marktplatzinterviews“, die zum öffentlichen Bekanntheitsgrad des Modellprojektes in den Modellkommunen erhoben wurde, zeigten, dass das Projekt in der öffentlichen Wahrnehmung präsent ist. Mit einer Varianz von 30 % bis 78 % hatten die Befragten Personen schon einmal von dem Projekt Gemeindegewestern^{plus} gehört und ein Drittel der Befragten hatte schon einmal Kontakt zur jeweiligen Fachkraft gehabt (Schulz-Nieswandt, Köstler und Mann 2018).

Die Gesamtbetrachtung lässt den Schluss zu, dass Gemeindegewestern^{plus}, die bereits über ein Netzwerk aus anderen Zusammenhängen verfügten oder Netzwerkpartnern bekannt waren, schneller eine höhere Anzahl von Personen erreichen konnten als Fachkräfte, die sich im Rahmen des Projektes bekanntmachen mussten.

5.2 Zugangswege

Grundsätzlich war ein proaktiver Zugang der Kommunen zu den angestrebten Zielgruppen vorgesehen. Der Begriff der Proaktivität steht für die aktive und frühzeitige Zugangsgestaltung. Dies bedeutet, dass das Angebot der präventiven Hausbesuche von den Kommunen aktiv an die älteren Menschen herangetragen werden sollte. Hintergrund dieser Herangehensweise sind Erkenntnisse zur Inanspruchnahme unterschiedlicher Beratungsleistungen im Vor- und Umfeld der Pflege. Auswertungen zu den Gesprächspartnern bei Anfragen in den Pflegestützpunkten zeigen, dass hauptsächlich Angehörige oder andere Bezugspersonen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen Beratungen suchen (Döhner et al. 2011, Ruschmeier 2011, Rothgang et al. 2012) und zwar dann, wenn bereits ein manifester Hilfe- bzw. Pflegebedarf vorhanden ist. Sollen Menschen im Vorfeld von Hilfe- und Pflegebedarf erreicht werden, ist eine sehr viel aktivere Zugangsweise notwendig (vgl. Yamada et al. 2012, DIP 2018).

Zur Bekanntmachung des Angebotes Gemeindegewestern^{plus} wurde in den Modellkommunen eine Multikanalstrategie gewählt. Es bestätigte sich im Projektverlauf, dass das Erreichen der Zielgruppe im Vorfeld von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eine große Herausforderung darstellt. An sich begrüßen die meisten Akteure und die Zielgruppe selbst die Maßnahme. Eine Vorstellung darüber, was gesundheitsfördernde und vorbeugende Beratung für den Einzelnen leisten kann, wenn noch kein manifester Hilfebedarf vorhanden ist, war jedoch vielfach nicht vorhanden. So waren häufige Antworten von Seniorinnen und Senioren im Hinblick auf diese Art von Beratung bei den durchgeführten Marktplatzinterviews zur Bekanntheit des Angebotes: „So weit bin ich noch nicht.“ Oder: „Ich melde mich, wenn ich Sie brauche“. Die Nachfragen zeigten, dass Beratungen zu Hilfe- und Pflegeleistungen mit bereits bestehenden Angeboten von Pflegestützpunkten assoziiert wurden.

Wie schon in anderen Projekten zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen (Gebert et al. 2010), zeigte sich auch im Projekt Gemeindegewestern^{plus}, dass sowohl bei den professionellen Akteuren also auch bei der Zielgruppe selbst des Öfteren eine präventive Beratung außerhalb des Erwartungshorizontes möglicher Leistungen liegt. Expertisen und Gutachten weisen jedoch wiederholt darauf hin, dass präventive Potenziale im Alter noch längst nicht ausgeschöpft sind (u.a. Kruse 2002, Schulz-Nieswandt 2006, SVR 2009). Hier wirkt sich auch das in der Literatur beschriebene Präventionsparadox aus, das besagt, dass Präventionsmaßnahmen, die sehr wohl für bestimmte Populationen wirksam sind, für den Einzelnen zunächst nicht unbedingt als nutzbringend angesehen werden (vgl. Franzkowiak 2011). Bei der Gestaltung

von Zugangswegen und Informationsarbeit ist dies zu berücksichtigen, indem eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit verfolgt wird. Für das Angebot Gemeindeschwester^{plus} kann als zusätzliche Konsequenz formuliert werden, dass eine allgemeinverständliche Formulierung der Ziele und Angebote der Fachkräfte notwendig ist.

Der Herausforderung des Erreichens der Zielgruppe wurde in den Kommunen mit unterschiedlichen Maßnahmen begegnet. Eine Annäherung an den Erfolg der einzelnen Zugangswege erlauben die Einschätzungen der Beraterinnen, inwiefern ein Zugangsweg sich für ihre Kommune bewährt hat. Die Einschätzungen erfolgten von den Fachkräften schriftlich, mittels visueller Analogskala. Auf einem Kontinuum zwischen den Antwortmöglichkeiten „bewährt“ und „nicht bewährt“ wurden die Zugangswege für die Modellregionen bewertet. Zugangswege, die genutzt wurden, sind:

- Informationsschreiben mit dem Angebot des präventiven Hausbesuches an die 80-jährigen und älteren Bürgerinnen und Bürger der Modellregion
- Weitervermittlung des Angebotes/ Zugänge durch Multiplikatoren (z.B. (Orts)Bürgermeister, Seniorenbeiräte)
- Artikel in Regionalzeitungen und in den Gemeindeblättern
- Weitervermittlung des Angebotes von möglichen Netzwerkpartnern
- Vorstellung des Angebotes im Rahmen von Seniorenveranstaltungen
- Zugang zu älteren Bürgerinnen und Bürgern über Gruppenangebote der Gemeindeschwester^{plus}

Informationsschreiben

Informationsschreiben mit beigelegten Flyern zum Projekt wurden in acht der neun Modellregionen als Zugangsweg zu den Seniorinnen und Senioren genutzt. Für die große Mehrheit der Beraterinnen hat sich dieser Zugangsweg sehr gut oder gut bewährt.

Weitervermittlung des Angebotes/ Zugänge durch Multiplikatoren

Die Vorstellung des Angebotes bei Multiplikatoren war in allen Modellkommunen erfolgt, insbesondere bei allen Stadt-, Verbands- und Ortsbürgermeistern. Ziel war es, die Multiplikatoren als Sprachrohr für das Angebot zu gewinnen. In einer Kommune bewährte sich dieser Zugangsweg sehr, in zwei weiteren wurde er als mäßig gut bewertet, in allen anderen hat er sich nicht bewährt. Insbesondere der Grad an Unterstützung durch die Landräte und Bürgermeister in den Regionen erwies sich als recht unterschiedlich.

Artikel in Regionalzeitungen und in den Gemeindeblättern

Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in den Printmedien steigerte aus Sicht der Fachkräfte die Akzeptanz des Projektes und die Nachfrage. In den allermeisten Modellregionen bewährten sich Artikel in den Regionalzeitungen oder in den Gemeindeblättern sehr gut bis gut. Insbesondere die Kombination aus Informationsschreiben und größerem Artikel mit Bild der Fachkraft erhöhte die Nachfrage.

Weitervermittlung des Angebotes von möglichen Netzwerkpartnern

Die Fachkräfte im Projekt zogen bezüglich der Weitervermittlung von Seniorinnen und Senioren durch andere Dienste an sie eine recht gemischte Bilanz. In einigen Kommunen bewährte sich dieser Zugangsweg sehr, in anderen überhaupt nicht. Eine gute Akzeptanz und Wertschätzung des Angebotes Gemeindegewest^{rplus} durch Netzwerkpartner trug u. a. dazu bei, dass Vermittlungen und Weiterleitungen gelangen. So wurde von Vermittlungen durch Pflegestützpunkte berichtet, z.B. bei Ablehnung einer Einstufung in einen Pflegegrad oder bei erkannten Bedarfen im Bereich der niedrigschwelligen Begleitung. In einigen Regionen arbeiteten die Fachkräfte eng mit den Sozialdiensten und dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser zusammen. So konnten ältere Menschen erfolgreich vermittelt werden, die mutmaßlich Unterstützung für eine begrenzte Zeit benötigten, also etwa für den Übergang nach einem Krankenhausaufenthalt, bis sich die Situation zuhause wieder stabilisiert hat.

Vorstellung des Angebotes im Rahmen von Seniorenveranstaltungen

Dieser Zugangsweg wurde von den Fachkräften genutzt, um sich und das Angebot einer größeren Anzahl von Seniorinnen und Senioren persönlich vorzustellen. Zudem übernahmen die Fachkräfte häufig in diesen Veranstaltungen einen kleinen inhaltlichen Teil. Einschätzung der Fachkräfte ist, dass dieser Zugangsweg wichtig ist, um bekannt zu werden, Anfragen für Hausbesuche kommen aus diesem Kreis jedoch zunächst nur wenige.

Zugang über Gruppenangebote der Gemeindegewest^{rplus}

Ein weiterer Zugangsweg, der im Verlauf des Projektes an Bedeutung gewonnen hat, sind Veranstaltungen (z.B. Gesundheitsmessen) oder durch die Fachkräfte initiierte und zum Teil auch längerfristig durchgeführte Freizeitangebote im Bereich Bewegung und Geselligkeit. Dieser Zugang, um mit Älteren in Kontakt zu kommen, wurde in sieben der neun Modellkommunen etabliert. Für die große Mehrzahl der Fachkräfte hat sich dieser Zugangsweg sehr bewährt. Die Fachkräfte sind hier „Gastgeber“ oder Gruppenleiter und somit der erste Ansprechpartner für die teilnehmenden Seniorinnen und Senioren. Rückmeldung der Fachkräfte ist, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer würden sowohl während der Veranstaltung mit Fragen auf sie zukommen (z.B. vor oder nach der Gymnastik oder während eines Spaziergangs mit Rollatoren) als auch Termine für weiterführende Beratungen vereinbaren.

5.3 Anzahl der Beratungen

Seit Juni 2016 wurden für die Seniorinnen und Senioren mit Erstkontakt insgesamt 7.014 Beratungskontakte (Hausbesuche, Telefonate und Beratungen in den Sprechstunden) erfasst.¹ Für die Mehrzahl der Personen genügte ein Beratungskontakt (54 %). Jeweils 16 % der Beraterinnen hatten zwei und drei Kontakte, bei 4 % der Personen erfolgten vier Kontakte. Fünf und mehr Kontakte wurden für 9 % der Personen dokumentiert, dies inkludiert die 2,5 % der Personen mit zehn und mehr Kontakten. Bei einem Prozent der in der Dokumentation Erfassten lag keine Angabe vor.

Begleitprozesse mit zehn und mehr Beratungskontakten wurden von Fachkräften in sieben der neun Kommunen durchgeführt. 74 Personen wurden im Sinne eines niedrigschwelligen Case Managements begleitet. Niedrigschwelliges Case Management drückt aus, dass hier sowohl eine erhöhte Anzahl an Kontakten zum Betroffenen selbst als auch zu Netzwerkpartnern notwendig war. Kennzeichen dieser langfristigen Begleitungen waren, dass die begleiteten Personen im Regelfall in vulnerablen Lebenssituationen und ohne tragfähiges, unterstützendes soziales Netz lebten, wie auch die Anzahl der alleinlebenden Personen in dieser Gruppe zeigt (n= 61). Im Regelfall unterstützten die Gemeindeschwestern^{plus} hier die Auswahl und Organisation von Hilfen sowie die Klärung von Zuständigkeiten und boten u.a. eine emotionale Sicherheit für die Betroffenen. Eine höhere Anzahl an Beratungskontakten war z.B. erforderlich bei Personen mit beginnenden kognitiven Einschränkungen, bei nicht diagnostizierter, beginnender kognitiver Beeinträchtigung des Ehepartners, bei bestehender oder beginnender „Verwahrlosung“ sowie nach Krankenhausentlassungen. Zwei Gruppen von Personen sollen hier noch eigens angesprochen werden: Zum einen handelt es sich um ältere Menschen, die keine Angehörigen hatten, die eine Betreuung übernehmen konnten oder übernehmen wollten, die ihre Alltagsroutinen alleine bewältigen konnten, aber überfordert waren mit Umweltaforderungen (z.B. Behördengänge, Organisation von Hilfen, Finanzangelegenheiten). Zum anderen handelt es sich um alleinlebende Menschen im Alter von 90 Jahren und älter.

In erstgenannter Gruppe warben die Gemeindeschwestern^{plus} bei den Betroffenen für das Einrichten einer gesetzlichen Betreuung oder Teilbetreuung. Der Prozess von der ersten Auseinandersetzung mit der Thematik bis zur Installation einer Betreuung wurde von den Fachkräften behutsam begleitet und bis diese installiert war, liefen die Fäden auch bei den Gemeindeschwestern^{plus} zusammen. In der Gruppe der alleinlebenden 90-jährigen und älteren Menschen wurden die Fachkräfte des Öfteren für kleine organisatorische Angelegenheiten benötigt, z.B. für den Anruf bei der Krankenkasse und die Überwindung der Hotline, zur Beratung bei medizinischen Fragestellungen (beispielsweise Arztkontakt wegen unterschiedlicher Medikamentenpläne von Fach- und Hausarzt) oder Fragen zu möglichen Hilfsmitteln.

Die Schilderungen der Gemeindeschwestern^{plus} erlauben die Annahme, dass sie bei letztgenannten Personengruppen vielfach als eine Person gesehen wurden, die sich menschlich zuwendet und unterstützt, wenn bestimmte Angelegenheiten die Fähigkeiten der Seniorinnen

¹ Für die 278 Seniorinnen und Senioren, die bereits vor Juni 2006 eine Erstberatung hatten, sind es 1.347 Kontakte.

und Senioren überschreiten oder auch die Komplexität der bürokratischen Anforderungen zu hoch sind. Die maximale Anzahl von dokumentierten Kontakten liegt bei 104 Kontakten für eine einzelne Person. Im Fallbeispiel 1 wird dieser Fall komprimiert beschrieben.

Fallbeispiel 1

Der Erstkontakt erfolgte im Juni 2016 und dauerte zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch an. Es handelt sich um eine alleinlebende, unter 80-jährige Frau, mit chronischen Erkrankungen, die von der Pflegeüberleitung eines Krankenhauses an die Gemeindegeschwester^{plus} vermittelt worden war. Die Frau bezieht Grundsicherung und hatte ein instabiles, wenig unterstützendes soziales Umfeld. Sie wohnt im zweiten Stock und ist geheingeschränkt (Unterarmgehstützen für die Wohnung, Rollator für draußen). Die Frau war und ist von den Anforderungen des Gesundheits- und Sozialwesens überfordert (Formulare ausfüllen, Rechnungen begleichen, Hilfsmittel organisieren) und benötigt Unterstützung zur Stabilisierung ihres Alltagslebens. Sie ist geschäftsfähig, benötigt jedoch eine Person, die mit ihr Entscheidungen vorbereitet und umsetzt sowie sie bei der Strukturierung ihres Alltags unterstützt. Die Beraterin hat hier mit Unterstützung des Pflegestützpunktes Hilfe zur Pflege installiert, sie unterstützt bei Behördenkontakten sowie Kontakten mit der Krankenkasse, Absprachen mit der Hausärztin und dem Sozialdienst des Krankenhauses/der Rehaklinik und gibt darüber hinaus immer wieder Orientierung für das Alltagsleben. Sie überlegt mit der Frau gemeinsam, welche Vorteile eine Betreuung für sie hätte und welche Form geeignet wäre. Die Beraterin hat in diesem Beratungsverlauf auch Mikrokontakte dokumentiert, dies sind Telefonate, die bis zu fünf Minuten dauern. Nach Auskunft der Beraterin waren und sind es die regelmäßigen kleinen Kontakte, die Sicherheit vermitteln und ermöglichen, dass diese Frau bis jetzt ein selbständiges Leben zu Hause führen kann.

5.4 Beratungsform, Dauer der Beratungen und Fahrzeit

Erfasst wurden in der Dokumentation folgende Beratungsformen:

- Hausbesuch
- Telefonat
- Sprechstunde
- Sonstiges

Die Auswertungen zeigen, dass der erste und zweite Kontakt mehrheitlich Hausbesuche waren. Für den Erstkontakt lag der Anteil der Hausbesuche bei 82 % der Beratungen, für den zweiten bei 56 % der Beratungen. Telefonische Beratungen wurden für den Erstkontakt bei 13 % der Personen dokumentiert, bei 5 % eine Beratung in der Sprechstunde. Der Anteil der Telefonate nimmt mit der Anzahl der Beratungskontakte pro Person zu. So war der fünfte Beratungskontakt bei 52 % der Personen ein Telefonat und bei 40 % ein Hausbesuch. Beratungen in Sprechstunden wurden für die Kontakte zwei bis fünf im Umfang von 2 % dokumentiert.

Der erste Hausbesuch bei den Seniorinnen und Senioren dauerte über alle Modellkommunen hinweg im Mittel ca. 80 Minuten (Median). Aufgrund der Komplexität der Maßnahme, von der Kontaktaufnahme bis zur individuellen Beratung, ist dieser Wert durchaus nachvollziehbar und auch im Vergleich zu anderen Projekten üblich (vgl. DIP 2018). Nachfolgende Hausbesuche waren weniger zeitintensiv, so dauerte ein fünfter Hausbesuch im Mittel nur noch 60 Minuten (Median). Die Dauer der Beratungen in den Sprechstunden (also nicht bei den Seniorinnen

und Senioren zuhause) beträgt im Durchschnitt 50 Minuten, telefonische Beratungen im Schnitt ca. 12 Minuten. Der Anteil der Mikrokontakte, dies sind Telefonate, die 5 Minuten und kürzer sind, liegt bei ca. 20 %.

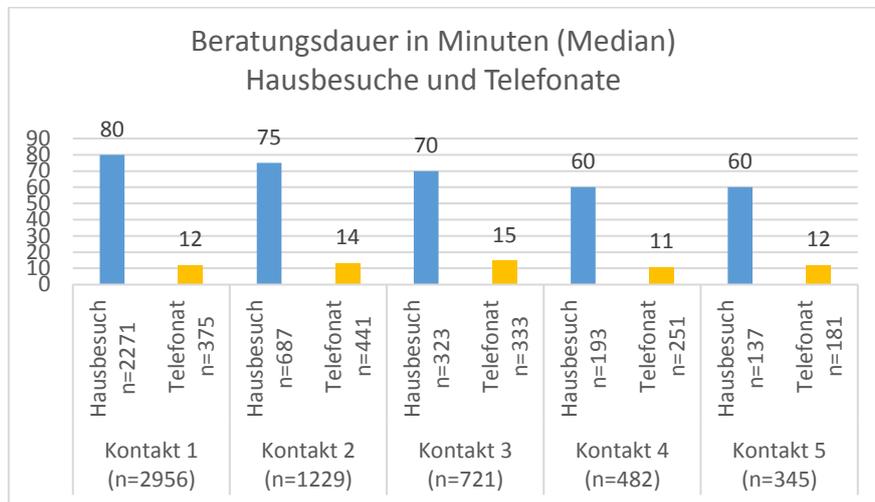


Abbildung 3: Dauer der Hausbesuche und Telefonate nach Beratungsart

Der einfache Fahrweg oder die einfache Wegezeit zu den Hausbesuchen dauerte mehrheitlich zwischen wenigen bis 15 Minuten (54 %). Lange Fahrzeiten über 30 Minuten waren die Ausnahme (2 %).

5.5 Weitervermittlungen an die Pflegestützpunkte

Weitervermittlungen an die Pflegestützpunkte fanden über alle Modellkommunen hinweg in 1.098 Fällen statt. Dokumentiert wurden sowohl die Weitervermittlungen, die sich bereits im Rahmen der Beratungsanfrage erkennen ließen, also wenn ganz konkret im Telefonat eine Beratung zu Pflegegraden oder Leistungen der Pflegeversicherung angefragt wurde, als auch Weitervermittlungen, die sich im Rahmen der Hausbesuche ergaben. In der Dokumentation wurden die direkt vermittelten Personen erfasst, das bedeutet, der Kontakt musste von der Gemeindegeschwester^{plus} zum Pflegestützpunkt mit Einverständnis hergestellt worden sein. Inwiefern aus diesen Vermittlungen Einstufungen in einen Pflegegrad erfolgten, ist nicht bekannt. Aus Datenschutzgründen gab es hier keine Rückmeldungen der Pflegestützpunkte an die Gemeindegeschwester^{plus}. Sollte die Mehrzahl der von den Fachkräften weitervermittelten Personen einen Pflegegrad erhalten haben, muss von beträchtlichen Informations- und Versorgungsbedarfen bei einer größeren Zahl älterer Menschen ausgegangen werden, die durch die präventive Arbeit der Gemeindegeschwester^{plus} erst aufgedeckt und der Bearbeitung durch die Pflegestützpunkte zugeführt werden konnten. Für die Pflegekassen könnte die Nachverfolgung, wie viele und welche der von den Gemeindegeschwester^{plus} vermittelten Personen daraufhin einen Pflegegrad erhalten haben, eine wichtige Informationsquelle bezüglich zukünftiger Beratungsangebote darstellen.

5.6 Anzahl und Anliegen „nicht konzeptbezogener“ Anfragen

Um einen Eindruck zu bekommen, inwiefern die konzeptbezogenen Setzungen des Angebotes Gemeindeschwester^{plus} den in der älteren Bevölkerung vorhandenen Bedarfen entsprechen, wurde von den Fachkräften im Projekt auch die Anzahl an Anfragen dokumentiert, die sie aufgrund mangelnder Passung nicht bedienen konnten. Im Regelfall wurden diese Personen dann weiter ins Hilfe- und Versorgungsnetz vermittelt. Im Zeitraum von Juni 2016 bis September 2018 wurden 1214 solcher Anfragen dokumentiert. Hauptmerkmal dieser Anfragen war, dass die Beratung suchenden Personen deutlich jünger waren als die für das Projekt festgelegte Zielgruppe. Zudem lebte eine größere Anzahl von anfragenden Personen nicht im Einzugsgebiet der Fachkräfte.

Häufig geäußerte Bedarfe aus dieser Personengruppe waren: Hauswirtschaftliche Unterstützung im Rahmen des Entlastungsbetrages nach SGB XI und/ oder Einsatz des Entlastungsbetrages nach SGB XI, Information zu Tages- und Kurzzeitpflege, Organisation von Hilfen nach Krankenhausaufenthalt, die nicht im Leistungsspektrum der ambulanten Dienste liegen, sowie Unterstützung bei der Kontaktierung eines Pflegedienstes oder Kontrolle der Rechnungen.

5.7 Anlässe und Inhalte der Beratungen

Eine erste Annäherung an die Gespräche und die Bedarfe der besuchten Seniorinnen und Senioren erlauben die Auswertungen zu den in der folgenden Tabelle 1 dargestellten Gesprächsanlässen.

Gesprächsanlässe Projekt Gemeindegeschwester ^{plus}	
Information- und Beratungsgespräch	Gespräche, in denen zum Angebot vor Ort und ggf. zu möglichen Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens informiert wird sowie Gespräche, in deren Mittelpunkt die Entwicklung von Lösungsstrategien, die Entscheidungsfindung und die Planung von Handlungen im Falle von ungedeckten Bedarfen stehen. Darüber hinaus Gespräche, die der Reflexion der Lebenslage der Besuchten dienen.
Entlastungsgespräch	Gespräche, die der Entlastung und Stabilisierung dienen, bspw. das ausführliche Darlegen von belastenden oder kritischen Ereignissen und Situationen. Diese Ereignisse können unter Umständen auch weiter in der Vergangenheit liegen. Die Seniorinnen und Senioren finden für ihre Sorgen und Einsamkeit einen Gesprächspartner oder vertrauen sich im Gespräch den Beraterinnen an und entlasten sich somit, im Vordergrund steht das Zuhören.
Krisenintervention	Gespräche, die der Deeskalation akuter oder potenzieller Gefährdungssituationen dienen. Es besteht dringender Hilfe- und Handlungsbedarf.
Kontakthalten	Gespräche, die dazu dienen, mit Seniorinnen und Senioren insbesondere in vulnerablen Lebenssituation in Kontakt zu bleiben. Ziel ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung.
Sonstiges	Gespräche, die nicht den oben genannten Gesprächstypen zuzuordnen sind. Ein Beispiel hierfür ist die konkrete Unterstützung beim Ausfüllen eines Formulars.

Tabelle 1: Gesprächsanlässe

Die Auswertungen der Gesprächsanlässe zeigen (Tabelle 2), dass der Erstkontakt bei 75 % der Besuchten Beratungs- und Informationscharakter hatte. Gespräche, die der Entlastung und Stabilisierung dienten, hatten einen Anteil von 11 %. Die Kategorie „Kontakthalten“ gewann mit der Anzahl der Besuche pro Person an Bedeutung. Kriseninterventionen, also Situationen, in denen dringender Handlungsbedarf bestand, nahmen mit der Anzahl der Kontakte zu. Für den Erstkontakt wurden 3,0 % der Gespräche zu Kriseninterventionen klassifiziert, beim fünften Kontakt waren es 4,7 % der Gespräche.

Die Kategorien „Entlastungsgespräch“ und „Kontakthalten“ verdeutlichen, dass die Zielsetzung des Angebotes, nämlich sich auch um ältere Menschen zu kümmern, sie also nicht aus dem Blick zu verlieren, von den Fachkräften sehr gut umgesetzt wurde. Bei Seniorinnen und Senioren in instabilen Lebenssituationen oder sehr einsamen Älteren sollten die Fachkräfte immer wieder aktiv auf diese Menschen zugehen, um eine Vertrauensbeziehung aufzubauen, um dann ggf. bei Verschlechterungen schnell reagieren zu können.

	Kontakt 1 (n=2.956)	Kontakt 2 (n=1.229)	Kontakt 3 (n=721)	Kontakt 4 (n=482)	Kontakt 5 (n=345)
Beratung/Information	74,5%	50,3%	43,7%	37,3%	33,7%
Entlastungsgespräch	10,7%	10,7%	9,6%	12,4%	10,9%
Krisenintervention	3,0%	3,6%	4,3%	3,8%	4,7%
Kontakthalten	0,0%	17,5%	25,5%	30,6%	34,0%
Sonstiges	10,0%	15,7%	16,0%	15,9%	16,6%
keine Angabe	1,8%	2,2%	1,0%	0%	0%

Tabelle 2: Gesprächsanlässe nach Anzahl der Kontakte

Eine weitere Annäherung an die Beratungsinhalte erlauben die Auswertungen zu den Gesprächsthemen. Die Gesprächsthemen wurden in der Beratungsdokumentation in Anlehnung an die Themenbereiche und Fragen des Gesprächsleitfadens dokumentiert. Er umfasste die Bereiche:

- soziale Situation
- hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung
- Mobilität (Bewegungsfähigkeit, Sturz, Transport)
- Ernährung
- gesundheitliche Situation und Versorgung (Diagnosen, Krankenhausaufenthalte und allgemeine ärztliche Versorgung, Impfschutz, Medikamente, Leistungsfähigkeit, Schmerz, Gedächtnis und Konzentration, Stimmung, Schlaf),
- Wohnsituation
- finanzielle Situation
- Hobbies und Sport

Bei ca. 75 % der Besuchten erfolgte im Erstkontakt eine umfassende Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation, hier wurden in der Regel fünf und mehr Themenbereiche des Gesprächsleitfadens besprochen. Wurden für den Erstkontakt nur ein oder zwei Themenbereiche dokumentiert, waren dies im Regelfall die gesundheitliche Situation der Besuchten sowie die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung.

Die Themenbereiche mit den häufigsten Nennungen im Erstkontakt sind die „gesundheitliche Situation“ (n=1.906), gefolgt von der „hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung“ mit 1.641 Nennungen. Während der Beratungsbedarf für das Themengebiet „gesundheitliche Situation“ im Verlauf des Beratungsprozesses abnahm, blieb der Bedarf bei den Themen „hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung“ über die Anzahl der Beratungskontakte hinweg bestehen. Bei über 90 % der im fünften Kontakt Beratenen bestand Beratungsbedarf zu diesen Themenbereichen. Nachfolgende Tabelle 3 gibt einen Überblick zur Häufigkeit der Nennungen im Gesprächsverlauf für den Erst-, den Zweitkontakt und den fünften Beratungskontakt.

	Kontakt 1 (n=2.956)	Kontakt 2 (n=1.229)	Kontakt 5 (n=345)
Gesundheitliche Situation	1.906	275	54
Hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung	1.641	211	322
Mobilität	1.475	184	28
Sonstiges	1.472	272	66
Soziale Situation	1.393	197	32
Wohnsituation	1.222	148	17
Freizeitgestaltung	975	121	12
Ernährung	697	89	13
Finanzielle Situation	356	41	2

Tabelle 3: Anzahl der Beratungsthemen nach Beratungskontakt

Die Auswertungen der Beratungsdokumentation sind anschlussfähig an die bereits im Evaluationsbericht vorgestellten Ergebnisse der Fallvignettenanalyse und der Senioreninterviews zu den wichtigsten Themenbereichen (Schulz-Nieswandt et al. 2018.). Auch hier wurden die thematischen Beratungsfelder „Unterstützungen im Rahmen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“, „soziale Teilhabe“ und „medizinisch-pflegerische Anliegen“ identifiziert sowie das in der Beratungsdokumentation nicht abgebildete Querschnittsthema „Unterstützung bei diversen Anträgen“.

Die Auswertungen zu den Gesprächsanlässen und den Beratungsinhalten spiegeln den multidimensionalen Bedarf an Information und Beratung wider. Die gesundheitliche Situation, die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung, die Mobilitätsmöglichkeiten mit Geh- und Bewegungsfähigkeiten sowie Transport und die soziale Situation stehen mit ähnlichen Häufigkeitsnennungen nebeneinander. Die Fallbeispiele zwei und drei sollen dies noch einmal verdeutlichen.

Fallbeispiel 2

Es wurde eine 86-jährigen Seniorin beraten. Die Frau war geheimeschränkt und chronisch krank. Sie nahm, verteilt über den Tag, regelmäßig zehn verschiedene Medikamente ein. Das Richten der Medikamente und das Einnehmen verantwortete sie selbst, allerdings vergaß sie die Einnahme des Öfteren. Die Gemeindeschwester^{plus} schlug im ersten Hausbesuch einen Medikamenten-Wochendosierer vor, der das Richten der Medikamente erleichtert und die regelmäßige Einnahme unterstützt sowie eine bessere Planbarkeit der Nachbestellungen ermöglicht.

Die Frau hat den Medikamentendosierer angeschafft und richtet die Medikamente nun für die Woche jeden Sonntagvormittag. Die Einnahme ist besser geregelt und gesichert, sie hat zudem einen Überblick zu notwendigen Nachbestellungen. Die Frau ist mit dieser Lösung sehr zufrieden.

Fallbeispiel 3

Die beratene 84-jährige Seniorin lebte mit ihrem Ehemann im eigenen Haus. Sie hatte eine Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt aus Angst, dass ihr bei den Anwendungen ein „Unfall“ passieren könnte. Die Frau verließ das Haus nur ungern. Begründung war, die Einlagen der Kasse seien „nicht gut“. Sie kaufe sich privat auch „gute“, sie könne die aber nicht jeden Tag nutzen, das wäre zu teuer.

In diesem Fall erkundigte sich die Gemeindeschwester^{plus} zunächst, ob eine Beratung zum Umgang mit Inkontinenz stattgefunden habe. Die Frau verneinte. Die Fachkraft ließ sich dann die Einlagen zeigen und den Beschaffungsweg erläutern. Die Frau erzählte, man könne die Einlagen auf Rezept nur bei einer Apotheke im Umkreis beziehen und ihr Mann hole sie. Um Klarheit zu den Möglichkeiten des Bezugs zu bekommen, rief die Gemeindeschwester^{plus} gemeinsam mit der Frau bei der Krankenkasse an. Eine Möglichkeit war, die Produkte über Versandhändler zu beziehen. Die Auskunft war, diese würden auch Probeprodukte zusenden, damit das passende Produkt gewählt werden könne. Noch im Termin wurden zwei Versandhändler kontaktiert und die Probepakete bestellt.

Nach zwei Wochen fand ein erneuter Beratungstermin statt. Die Pakete waren angekommen. Die Frau hatte unterschiedliche Produkte getestet. Das Beste an den Paketen waren, nach Aussage der Frau, die „Netzhöschen“, dadurch würden die Einlagen halten und sie könne sich nun viel besser bewegen. Allerdings würde sie die Produkte doch lieber bei der örtlichen Apotheke beziehen. Die Gemeindeschwester^{plus} ermunterte die Frau, mit ihrer Apotheke zu sprechen.

Mit dem neu erworbenen Wissen um die richtige Stärke und die Möglichkeit, „Netzhöschen“ zu beziehen, ging die Frau mit ihrem Mann in die Apotheke. Die Apotheke hatte alles vorrätig und es war kein Problem, die Produkte über das Rezept zu beziehen. Im dritten Kontakt erzählte die Frau, sie fühle sich in ihrem Alltagsleben wieder viel sicherer, sie gehe wieder etwas mehr aus dem Haus und überlege, ob sie die Rehabilitation nicht doch noch antreten könne.

Der Bedarf an Beratung im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit ist handlungsfeldübergreifend und kann nicht auf eine Disziplin bzw. einen Leistungsträger beschränkt werden. Es geht hier um eine fachlich fundierte Informationen und Beratung und um die Unterstützung der Entscheidungsfindung, der Organisation von Hilfen und Leistungen sowie um emotionale Unterstützung. Die Beispiele verdeutlichen die notwendige Verzahnung von medizinischer und pflegerischer Perspektive in der Versorgung und Beratung. Sie zeigen, dass kleine Hilfsmittel oft den älteren Menschen nicht bekannt sind und die Beratung von den etablierten Dienstleistern zum Teil nicht erbracht wird. Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen, die eine Beratung wünschen wie im Projekt Gemeindeschwester^{plus}, ist häufig Tertiärprävention oder zum Teil die fachlich gute und angemessene Versorgung mit Hilfsmitteln. Es ist die Kombination von Angeboten und präventiven Leistungen zu medizinischen, pflegerischen, sozialen und alltagsbezogenen Fragen, die sich als Bedarf zeigt und dem Lebensalltag älterer Menschen entspricht.

5.8 Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Beraten wurden im Projekt Gemeindegeschwester^{plus} im Regelfall die älteren Menschen selbst oder gemeinsam mit ihren Angehörigen. Die Erstgespräche wurden in 47 % der Fälle mit der Seniorin bzw. dem Senior alleine geführt, in 37 % der Fälle mit den Seniorinnen bzw. Senioren und ihren Angehörigen und in 7 % ausschließlich mit Angehörigen. Letzteres war dann z.B. der Fall, wenn sich weit entfernt lebende Angehörige bei den Gemeindegeschwister^{plus} melde-ten mit der Bitte, Kontakt zu den in der Region lebenden älteren Verwandten aufzunehmen. In diesen Fällen wurden die Fachkräfte dann aktiv, wenn die älteren Menschen mit dem Haus- besuch einverstanden waren.

Die Auswertungen zeigen, dass im Kontaktverlauf der Anteil der Gespräche alleine mit den Seniorinnen und Senioren zunahm. Im zweiten Kontakt lag dieser schon bei 61 % und im fünften Kontakt dann bei 68 %. Ebenso wie die Gespräche alleine mit Seniorinnen und Seni-oren nahmen auch die Gespräche ausschließlich mit Angehörigen zu. Im fünften Kontakt wurde bei 13 % der dokumentierten Seniorinnen und Senioren ein „Angehöriger“ als Ge- sprächspartner genannt. Es zeichnet sich ab, dass mit der Zunahme des Versorgungsbedarfes auch der Gesprächs- bzw. Beratungsbedarf der Angehörigen steigt. Die Auswertungen zu den Gesprächspartnern der Pflegestützpunkte aus anderen Bundesländern zeigen in eine ähnliche Richtung. Es werden hier hauptsächlich Angehörige oder andere Bezugspersonen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen beraten. Meist geht es um die Organisation der Pflege und um Finanzierungsfragen (Döhner et al. 2011, Ruschmeier 2011, Rothgang et al. 2012, Kir- chen-Peters 2017).

5.9 Erreichte Zielgruppe - Alter, Wohn- und Lebenssituation

Von den 2.956 Personen, die im Zeitraum Juni 2016 bis September 2019 einen Erstkontakt im Projekt Gemeindegewest^{plus} hatten, sind 69 % Frauen und 31 % Männer. Die Verteilung entspricht damit annähernd der Verteilung, die im Mikrozensus ausgewiesen wird. Die Geschlechterverteilung ist dort 67 % Frauen und 33 % Männer für Rheinland-Pfalz in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren (Zensus 2011).

23,3 % dieser Personen waren jünger als 80 Jahre, 37,4 % der Beratenen waren 80 Jahre bis 84 Jahre, 25,7 % 85 Jahre bis 89 Jahre und 12 % waren 90 Jahre und älter. Anders ausgedrückt, rund 38 % der erreichten Personen waren 85 Jahre und älter.

Auffallend ist der hohe Anteil an Personen unter 80 Jahren. Diese Zielgruppe war zunächst für Beratungen im Projekt Gemeindegewest^{plus} nicht vorgesehen. Die Beratungsanfragen aus dieser Zielgruppe zeigten, dass auch hier Bedarf vorhanden war. Frühzeitig im Projektverlauf wurde daher eine Zielgruppenanpassung dahingehend vorgenommen, dass Personen unter 80 Jahren beraten wurden, jedoch nicht aktiv angesprochen wurden. Ein Blitzlicht auf den Bedarf in dieser Personengruppe geben die Auswertungen zur Anzahl der Beratungskontakte pro Person. Sie zeigten, dass sowohl einmalige Beratungen in dieser Gruppe etwas häufiger waren als in der Gesamtkohorte als auch langfristige Begleitungen mit fünf und mehr Kontakten. Letzteres war bei 10,2 % der unter 80-Jährigen der Fall und damit ein etwas höherer Anteil als in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren (9,2 %).

Zur Einordnung der erreichten Zielgruppe ist wiederum ein Blick in die Daten des Mikrozensus hilfreich. Angestrebt und beworben wurde die Zielgruppe 80 Jahre und älter. Im Vergleich zeigt sich, dass im Projekt anteilmäßig besonders viele hochaltrige Menschen erreicht wurden. Die Verteilung im Mikrozensus in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren für Rheinland-Pfalz ist wie folgt: 80 Jahre bis 84 Jahre 55 %, 85 Jahre bis 89 Jahre 32 % und 90 Jahre und älter 1,2 % (Zensus 2011). Insbesondere die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren ist im Projekt mit 12 % überproportional vertreten.

Allgemeine Daten im Überblick (Zeitraum 01.06.2016 bis 30.09.2018)

Anzahl beratener Personen (Erstkontakt)	Gesamt: 2.956 Varianz zwischen den Kommunen: mind. 119 (1 VZÄ*), max. 826 (2 VZÄ)	
Anzahl der Beratungskontakte	Gesamt: 7.014 (Hausbesuche, Telefonate, Sprechstunden)	
Anzahl der Hausbesuche	Gesamt: 4.835 Varianz zwischen den Kommunen: mind. 97 (1 VZÄ), max. 972 (2 VZÄ)	
Anzahl der Kontakte pro Person	1 Beratungskontakt 2 Beratungskontakte 3 Beratungskontakte 4 Beratungskontakte 5 Beratungskontakte 10 und mehr Kontakte	= 54 % = 16 % = 16 % = 4 % = 9 % bei 74 Personen
Weitervermittlung an den PSP	Gesamt: 1.098 Vermittlungen	
Beratungsanfragen, die außerhalb des vorgesehenen Konzepts lagen	Gesamt: 1.214 (zu Beginn < als 80 Jahre, nicht im Einzugsgebiet, Menschen, die andere Leistung anfragen, z.B. ambulante Pflege)	
Dauer eines Hausbesuches	Erster Hausbesuch ca. 80 Minuten (Median) Fünfter Hausbesuch ca. 60 Minuten (Median)	
Dauer Telefonate	ca. 12 Minute (Median)	
Fahrzeiten (einfacher Weg)	Wenige bis 15 Minuten > 30 Minuten	= 54,0 % = 2,0 %
Beratungsanlässe 1. Kontakt	Information und Beratung Entlastungsgespräche Krisenintervention Sonstiges	= 74,5 % = 10,7 % = 3,0 % = 10,0 %
Beratungsanlässe 5. Kontakt	Information und Beratung Entlastungsgespräche Kontakthalten Krisenintervention Sonstiges	= 33,7 % = 10,9 % = 34,0 % = 4,7 % = 16,6 %
Geschlechterverteilung	69 % Frauen; 31 % Männer	
Altersverteilung	< 80 Jahre 80 bis 84 Jahre 85 bis 89 Jahre 90 Jahre und älter keine Angabe	= 23,0 % = 37,4 % = 25,7 % = 12,0 % = 1,9 %
Haushaltssituation	alleine lebend mit (Ehe-)Partner mit Familie im Haus/ der Wohnung Sonstiges keine Angabe	= 47,0 % = 36,9 % = 11,0 % = 2,9 % = 1,9 %

*VZÄ=Vollzeitäquivalent der Gemeindeschwestern^{plus}

Tabelle 4: Allgemeine Daten zum Modellprojekt Gemeindeschwester^{plus} im Überblick

47 % der erreichten älteren Menschen leben alleine. In der Gruppe der Frauen waren dies 54 %, bei den Männern 32 % der beratenen Personen. Bei den 90-Jährigen und Älteren steigt dieser Anteil auf rund 60 % (58,2 %), bei den unter 80-Jährigen betrug er 40,7 %. Mit Ehepartner leben 37 % der Beratenen, 28,6 % der Frauen und 56,2 % der Männer. Bei den 90-Jährigen und Älteren sind dies immerhin noch 20,4 % der Kontaktierten, bei den unter 80-Jährigen 49 % der Beratenen. Mit ihrer Familie im Haus leben 10,4 % der Beratenen, 11,7 % der Frauen und 7,2 % der Männer. Bei den 90-Jährigen und Älteren sind dies 13 % der Beratenen. Daten zur Haushaltssituation stehen leider für die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren über den Abruf auf den Seiten des Mikrozensus nicht zur Verfügung. Eine allgemeine Einordnung ist daher nicht möglich.

Mehrheitlich leben die Besuchten im Eigentum (67,2 %), 21 % zur Miete und bei 12 % der Besuchten liegt hier keine Angabe vor. Insbesondere in den eher ländlich geprägten Gegenden ist die Eigentumsquote hoch. So lebten in Alzey und Birkenfeld über 80 % der Besuchten im Eigentum, in den eher städtischen Gebieten Koblenz und Kaiserslautern Stadt hingegen nur ca. 40 %.

Für 31 % der Beratenen und damit für rund ein Drittel wurde dokumentiert, dass die benötigte Alltagsunterstützung nicht in ausreichendem Maße vorhanden war. Bei 7,6 % der Personen wurde angegeben, dass sie keine Unterstützung benötigten, und für 55 % der Beratenen, dass diese im ausreichenden Maße vorhanden war. Erfasst wurde hier die Einschätzung der Seniorin bzw. des Seniors zum eigenen Unterstützungsbedarf.

Angehörige in unmittelbarer Nähe, also im selben Haushalt, im Haus oder im Ort bzw. Stadtgebiet, hatten 55,7 % der Beratenen. Bei 10,6 % leben die Angehörigen bis 30 km entfernt und bei rund einem Viertel (22,6 %) leben diese mehr als 30 km entfernt. Keine Angabe hierzu liegt bei 9,6 % der Personen vor.

Die Angaben zum Grundsicherungsbezug können hier nur als Annäherung betrachtet werden. Es wurde für 2,5 % der Beratenen ein Grundsicherungsbezug dokumentiert, bei 13,7 % lag keine Angabe vor. Im Bundesdurchschnitt erhielten im Jahr 2017 3,1 % der Personen, die die Altersgrenze erreicht hatten, Grundsicherung (IAQ 2018). Der dokumentierte Anteil im Modellprojekt liegt damit etwas unter diesem Durchschnitt. Um Irritationen zu vermeiden, sollte das Thema Grundsicherung auf Wunsch der Projektverantwortlichen der Kommunen in den Beratungen nicht aktiv angesprochen werden bzw. sehr sensibel thematisiert werden. Hintergrund für diese Entscheidung war, dass die präventiven Hausbesuche nicht als Kontrolle der Anspruchsberechtigung des Grundsicherungsbezugs wahrgenommen und verstanden werden sollten. Anders als in den Beratungen der Pflegestützpunkte, in denen häufig die Fragen zur Finanzierung von Pflegeleistungen im Vordergrund stehen (Döhner et al. 2011, Ruschmeier 2011, Rothgang et al. 2012), ist in den Beratungen der Gemeindegewestern^{plus} die finanzielle Situation ein Thema, das zunächst nicht im Vordergrund steht. Nur wenn das Thema Relevanz erhielt, wurde es in den Beratungen angesprochen.

Grundsätzlich fußläufig erreichbare Einkaufsmöglichkeiten (bis 1 km Entfernung) wurden bei 41,5 % der besuchten Personen dokumentiert. Aufgrund von Einschränkungen können 13 % dieser Personen diese jedoch selbst nicht mehr erreichen. 52,4 % der Personen gaben an, dass keine fußläufig erreichbaren Einkaufsmöglichkeiten vorhanden seien. Besonders in den

ländlichen Regionen Alzey, Birkenfeld, Bitburg und Kaiserslautern Land sowie in Landau gaben dies mehrheitlich die Älteren an. Neben den fehlenden Einkaufsmöglichkeiten wurden an fehlenden Angeboten, insbesondere in den ländlichen Kommunen, die Transportmöglichkeiten, Ärzte und Apotheken und Banken dokumentiert. Darüber hinaus besteht in nahezu allen Projektkommunen Bedarf an bezahlbarer Hilfe im Haushalt.

6. Beiträge zu gesundheits- und selbstständigkeitsfördernden Infrastrukturen

Der zweite Tätigkeitsschwerpunkt im Projekt Gemeindegeschwester^{plus}, neben der Organisation und Durchführung von präventiven Hausbesuchen, war es, Beiträge zu gesundheits- und selbstständigkeitsfördernden Infrastrukturen in den Kommunen zu leisten. Im Laufe der Projektlaufzeit bildeten sich hier folgende Schwerpunkte heraus: Vernetzungsaktivitäten, die Mitarbeit an Strategieprozessen zur Gestaltung kommunaler Infrastrukturen und die Initiierung und Durchführung von Angeboten in den Modellregionen.

6.1 Vernetzungsaktivitäten und Mitarbeit an Strategieprozessen

Die Vernetzungsaktivitäten im Projekt zielten zunächst darauf ab, das Angebot und die Fachkräfte bei potenziellen Netzwerkpartnern bekannt zu machen und selbige als einen Zugangsweg für Seniorinnen und Senioren zu dem Angebot zu nutzen. Wie im Kapitel 5.2 „Zugangsweg“ bereits ausgeführt, zogen die Gemeindegeschwester^{plus} hier eine gemischte Bilanz. Dennoch wurde die Netzwerkarbeit als gewinnbringend und sinnvoll von den Fachkräften bewertet. Sie ermöglichte,

- Netzwerkpartner und das lokale Angebot kennenzulernen,
- Rückmeldung zu Bedarfen aus den präventiven Hausbesuchen an die entsprechenden Akteure geben zu können sowie
- Kooperationen für die Initiierung und Etablierung von Aktivitäten anzubahnen.

Wichtige Netzwerkpartner waren u.a.: Pflegestützpunkte, Seniorenbeiräte, Demenzfachberatungen, Frauenkreise, Hospize, Nachbarschaftshilfen, Migrationsbeiräte, Baugenossenschaften, Betreuungsvereine, Pfarreien u.a.m. Kontakte mit ambulanten Pflegediensten sowie Ärztinnen und Ärzten fanden eher im Bereich der Einzelfallberatung statt. In keiner Kommune ist es gelungen, diese wichtigen Akteure als Netzwerkpartner zu gewinnen.

Strategieprozesse zur Gestaltung des ländlichen Raums wie „Dorferneuerung“ oder „Zukunftschek Dorf“ fanden in einigen der Modellkommunen zeitgleich mit dem Projekt Gemeindegeschwester^{plus} statt. Die Fachkräfte brachten sich aktiv in diese Gestaltungsprozesse ein, z.B. als Anwältinnen der heute in den Dörfern lebenden hochbetagten Menschen. Teilweise wurden sie von den Organisatoren auch als Moderierende für Arbeitsgruppen gewonnen, zu Themen wie der Gestaltung des Älterwerdens in den Dörfern oder zu den Möglichkeiten der Gestaltung sozialer Netzwerke. Diese Themen ergänzten die vorrangig in diesen Prozessen adressierten Themen „Digitalisierung“, „Familienfreundlichkeit“, „Erhaltung einer lebendigen

dörflichen Gemeinschaft“. Die Fachkräfte brachten hier ihre Expertise zur Gestaltung von Lebenswelten ein, damit ältere Menschen trotz ihres fortgeschrittenen Alters am gesellschaftlichen Leben teilhaben und sich sozial aktiv beteiligen können.

6.2 Initiierung und Durchführung von Angeboten

In den drei Jahren der Projektlaufzeit haben die Gemeindegewestern^{plus} in den Einsatzgebieten der Modellregionen mehr als 70 neue Angebote und Initiativen initiiert, umgesetzt und etabliert. Es sind vor allem Angebote zur Förderung von Bewegung, gegen Vereinsamung, zur Verbesserung der Transportmöglichkeiten, zur Erhöhung der Sicherheit, zur Unterstützung im Alltag, zur Steigerung der Teilhabemöglichkeiten und regelmäßige Informationsveranstaltungen und Fachvorträge. Die Mehrzahl dieser Angebote wurde von den Gemeindegewestern^{plus} in Kooperation mit Netzwerkpartnern umgesetzt. Zum großen Teil wurden die Angebote, sobald sie etabliert waren, in die Verantwortung der Kommunen und/oder von bürgerschaftlich Engagierten oder kleineren Betrieben, z.B. Gastwirtschaften, übergeben. Die Gemeindegewestern^{plus} stehen bei diesen Angeboten jedoch häufig als Ansprechpartnerinnen weiterhin zur Verfügung.

Bewegung

Die Projekte im Bereich Bewegung haben eine Spannweite von Spaziergangsangeboten für geheingeschränkte Menschen, z.B. Rollator-Spaziergangsgruppe, begleitetes Spaziergangsangebot, bis hin zum „monatlichen Tanztee“ und der „Line-Dance-Gruppe“ für Seniorinnen und Senioren. Die Gemeindegewestern^{plus} bildeten sich hier zum Teil eigenständig weiter, z.B. über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz („Ich bewege mich, mir geht es gut“) oder nahmen an Qualifizierungsangeboten von Krankenkassen teil („Trittsicher-Sturzprophylaxe“). Wenn möglich, kooperierten sie mit Vereinen vor Ort (z.B. Turn-, Sportvereine, Landfrauen etc.) oder gewannen bürgerschaftlich Engagierte – zumeist in den kleinen Ortschaften auf dem Land – zur Qualifizierung für die Programme und deren Fortführung.

Mobilität

Die Frage, wie komme ich von A nach B oder anders gesagt von meinem Dorf in die nächste Stadt zum Einkauf, dem Arzt, zur Bank oder kulturellen Veranstaltungen, ist für hochbetagte Menschen ein zentrales Thema, wenn sie über keine eigenen Transportmöglichkeiten wie z.B. ein Auto verfügen oder Angehörige/ Nachbarn haben, die sie fahren. Für viele ältere Menschen auf dem Land stellen fehlende Transportmöglichkeiten eine große Einschränkung ihres Bewegungsradius und ihrer Teilhabemöglichkeiten dar. Die Verbesserung der Mobilität für die ältere Bevölkerung war daher ein Schwerpunkt der sozialraumbezogenen Aktivitäten der Fachkräfte. So wurde die Nutzung eines bestehenden, wenig genutzten Bürgerautos massiv gesteigert, Projekte zum „Bürgerbus“ initiiert, unterstützt oder aufgebaut und „Mitfahrerbanken“ aus Spenden des lokalen Einzelhandels angeschafft und in verschiedenen Ortschaften an den Ortsrändern platziert.

Sicherheit

Angebote und Aktivitäten im Bereich der Sicherheit für die Älteren waren die Einführung von „Notfalldosen“, die Erstellung von „Notfallblättern“ und „Hinweisen zum Packen von Krankenhaustaschen“ oder das Erstellen eines Vorsorgeordners. Die Notfalldosen wurden in sechs der neun Modellkommunen eingeführt. Dabei übernahmen die Fachkräfte häufig nicht nur die Einführung und die Verteilung der Dosen, sondern vielfach auch die Suche nach Sponsoren. Die Notfalldosen werden im Kühlschrank verwahrt und beinhalten die wichtigsten Informationen für die Rettungskräfte für den medizinischen Notfall. Die Rückmeldungen von Notärzten und Rettungssanitätern in den Modellkommunen zu dieser Maßnahme sind sehr positiv. Die Verteilung der Notfalldosen in der älteren Bevölkerung stellte zudem für die Fachkräfte auch einen idealen Zugangsweg dar, um mit den älteren Bürgerinnen und Bürgern ins Gespräch zu kommen.

Unterstützung im Alltag

Ein weiteres Thema, das die Fachkräfte in ihren Modellkommunen vorangebracht haben, sind Initiativen zur Unterstützung im Alltag. Die Fachkräfte haben zum Teil mit Kooperationspartnern „Patenschaften“ in Kommunen für ältere Menschen etabliert, einen Kreis von bürgerschaftlich Engagierten als Hilfepool zur Unterstützung gewinnen können, Taschengeldbörsen und Nachbarschaftshilfen ins Leben gerufen. In einer Kommune wurde sogar mit Kooperationspartnern gemeinsam eine ehrenamtlich geführte „Dorfbäckerei“ initiiert.

Teilhabe und Gesellung

Die Förderung von Teilhabe ist in vielen der genannten Angebote als Querschnittsthema bereits enthalten. Darüber hinaus haben die Gemeindegewestern^{plus} in vielen Modellregionen Möglichkeiten zur Gesellung und zum Austausch gegen Vereinsamung geschaffen. Es wurden Seniorentreffs, „Plauderfrühstücke“, „Herzenssprechstunden“ für einsame Menschen, „Stammtische“, „Ü-90-Treffen“ oder „Begegnungs- und Bücherräume“ initiiert. Die Angebote fußen meist auf regelmäßiger monatlicher Basis. In vielen Kommunen ist es gelungen, die Durchführung der „Seniorentreffs“ auf bürgerschaftlich engagierte Menschen zu übertragen. Die Fachkräfte bleiben hier jedoch Ansprechpartnerinnen für die Verantwortlichen.

Ein weiterer Bereich, der von den Fachkräften in den Blick genommen wurde, ist das Thema „Ernährung“ oder „Essen in Gesellschaft“. In etlichen Modellregionen wurden monatliche erschwingliche Mittagstische in Kooperation mit ortsansässigen Gasthäusern eingerichtet. Hier waren die Gemeindegewestern^{plus} Ideengeber. Die Angebote werden nun von den lokalen Gasthäusern ausgerichtet und haben sich teilweise zu einem Angebot für Jung und Alt entwickelt.

Generationenverständigung

Darüber hinaus wurde das Thema generationsübergreifende Aktivitäten von den Gemeindegewestern^{plus} in den Fokus genommen. So wurde eine Kräuterwanderung für Jung und Alt durchgeführt, Projekte im Rahmen des Konfirmandenunterrichts initiiert, aktiv das Stadteilfrühstück mitgestaltet oder ein Seniorenfrühstück in einer Schule angestoßen.

Fachvorträge

Zudem haben sich die Gemeindeschwestern^{plus} bei vielen Veranstaltungen mit Fachvorträgen eingebracht oder mit lokalen Partnern Vorträge und Vortragsreihen organisiert. Darüber hinaus haben etliche Fachkräfte das Projekt und ihre Arbeit im Rahmen von Unterrichtseinheiten in Pflegeschulen vor Ort vorgestellt.

6.3 Fazit: Beiträge zu gesundheits- und selbständigkeitsfördernden Infrastrukturen

Im Verlauf der Projektlaufzeit nahmen die Beiträge der Gemeindeschwestern^{plus} zu den gesundheits- und selbständigkeitsfördernden Infrastrukturen zu. So begannen die Fachkräfte in vielen Projektregionen nach Rücksprache mit den Projektverantwortlichen sowie den Pflegestrukturplanern unter Nutzung der vorhandenen Netzwerke wahrgenommene Bedarfe eigenständig mit Projektinitiativen zu beantworten. Und dies ist, wie dargelegt, in beeindruckender Weise gelungen.

Festgehalten werden kann, dass Bedarfe im Bereich „Gesellung“, „Bewegung“ und „Transport“ in den ländlichen Modellkommunen in einem höheren Ausmaß vorhanden waren als in den städtischen Bereichen. Spezifische Bedarfe, z.B. Spaziergänge für geheingeschränkte Menschen oder die Aufbereitung von Informationen für ältere Migrantinnen und Migranten, wurden eher im städtischen Raum identifiziert und entwickelt. Die Möglichkeiten, Beiträge zu gesundheits- und selbständigkeitsfördernden Infrastrukturen zu leisten, sind auch im Projekt Gemeindeschwestern^{plus} an die Personalkapazitäten gebunden; Modellregionen, in denen zwei Vollzeitstellen gefördert wurden, profitierten von diesen Entwicklungen mehr als Modellregionen mit nur einer Vollzeitstelle.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Fachkräfte in den Modellregionen hervorragende Beiträge zur Stärkung und Verknüpfung der sozialen Netze und der Unterstützungsstrukturen leisteten. Die Gemeindeschwestern^{plus} werden in den Modellregionen als Anwältinnen der hochbetagten Menschen wahrgenommen und haben sich zu einem wichtigen Motor für die Entwicklung und Etablierung gesundheits- und selbständigkeitsfördernder Infrastrukturen etabliert.

Gelungen ist auch zum großen Teil unter vergleichsweise hohem Aufwand, die initiierten Projekte in die Verantwortung bürgerschaftlich Engagierter oder anderer Anbieter zu übergeben. Festgehalten werden muss, dass die Gewinnung, Begleitung und Steuerung ehrenamtlich Engagierter stets mit eigenem Aufwand verbunden ist, was gerade bei Übergabe von Projekten und Initiativen zu berücksichtigen ist (Gebert et al. 2018).

7. Ergebnisse und Erfahrungen zur Qualifizierung der Gemeindeschwester^{plus}

Im Rahmen des Projektes Gemeindeschwester^{plus} wurden von der wissenschaftlichen Begleitung während der Implementierungsphase insgesamt 20 Schulungstage in sieben Mehrtagesveranstaltungen angeboten und 5 Begleitblöcke à 2 Tage in der Umsetzungsphase. Die Begleitblöcke der Umsetzungsphase dienten dem intensiven Erfahrungsaustausch und der vertiefenden Reflexion zur Rollenstabilisierung der Gemeindeschwester^{plus}, zur Schnittstellengestaltung vor Ort zu anderen Diensten und Anbietern sowie der reflexiven Fallarbeit. Nachfolgende Tabelle 5 beschreibt die Aufgabenbereiche, Kompetenzen und Inhalte der vom DIP angebotenen Schulung.

Aufgabenbereiche, Kompetenzen und Inhalte (20 Schulungstage à 5-7 Zeitstunden)	
Aufgabenbereiche und Kompetenzen	Inhalte
Rahmenbedingungen der Projektarbeit berücksichtigen	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Projektarbeit in den Modellregionen • Grundlagen präventiver Hausbesuche • Präventive Hausbesuche und GS^{plus} als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge
Den hochaltrigen Menschen unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung und Prävention im Alter • Instrumente des präventiven Hausbesuchs (Gesprächsleitfaden, Dokumentation) • Grundlagen und Übungen zur systemisch-lösungsorientierten Beratung • Theorien und Strategien zur Entscheidungsfindung und Problemlösung
Das Versorgungsangebot nutzen und mitgestalten	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der gemeindenahen Pflege • Regionale Pflegestruktur- und Sozialraumentwicklung • Kooperation und Vernetzung mit weiteren Akteuren
Die Rolle als Fachkraft ausgestalten	<ul style="list-style-type: none"> • Altersbilder, Gesundheit und Krankheit im Alter, Selbstbestimmung und Teilhabe • Professionelle Pflege und GS^{plus} als Kümmererin • Methodik und Übungen zu Fallkonferenzen und Reflexionen

Tabelle 5: Aufgabenbereiche, Kompetenzen und Inhalte der Schulung

Die pflegfachliche Grundqualifikation sämtlicher angestellter Gemeindeschwestern^{plus} bildete eine entscheidende Basis für die Erfüllung der Aufgaben und Tätigkeitsschwerpunkte im Modellprojekt. In der Reflexion bestätigten dies auch die im Projekt eingestellten Fachkräfte. Sie empfanden ihre Berufsausbildung und ihre zum Teil langjährigen Berufserfahrungen als unverzichtbare Grundlage für die erfolgreiche Arbeit im Projekt. Sie bestätigten zum Ende der

Projektlaufzeit die Grundkonzeption der Schulungs- und Vertiefungsangebote zur Gemeindegewestern^{plus} in allen vier Aufgaben- und Kompetenzbereichen und sahen besondere Schwerpunkte in den folgenden Punkten:

- Konzept präventiver Hausbesuche, inkl. Aufgaben und Rollenidentität
- Altersbilder, Ressourcen- und Kompetenzorientierung in der Beratung
- Grundkenntnisse systemisch-lösungsorientierter Beratung
- Grundkenntnisse der Sozialgesetzgebung
- Netzwerkarbeit und Projektarbeit, inkl. der Vorstellung von bewährten Projektideen
- Öffentlichkeitsarbeit, inkl. Präsentationskenntnisse

Die Rückmeldungen der Fachkräfte zeigen eine gute Passung der Qualifizierungsmaßnahme zu den Qualifizierungsbedarfen im Projekt zur Durchführung präventiver Hausbesuche. Im Hinblick auf die Beiträge zu gesundheits- und selbständigkeitsfördernden Infrastrukturen werden darüber hinaus Kenntnisse zur Netzwerkarbeit, zur Projektarbeit und im Bereich bürgerschaftliches Engagement benötigt.

Ferner haben sich für einzelne Fachkräfte die Teilnahme an Schulungen zu bestimmten fachlichen Themenbereichen wie z.B. zum Bewegungsbegleiter oder zur Quartiersentwicklung bewährt. Je nach Vorwissen der Fachkraft und Zielsetzung des kommunalen Angebotes stellte die Teilnahme an zusätzlichen Schulungen eine gute und zielführende Ergänzung der grundlegenden Qualifizierungsmaßnahme dar.

In der Modellphase des Projektes hat es sich somit bewährt, erfahrene Pflegefachkräfte als Gemeindegewestern^{plus} einzusetzen. Die in der Auswertung zu den Beratungsthemen sichtbar gewordenen spezifischen Bedarfe und die Breite der Themen sowie die Rückmeldungen der Fachkräfte zum Qualifizierungsbedarf lassen diesen Schluss zu. Die Kompetenzen und Erfahrungen zur „gesundheitsfördernden und pflegepräventiven Diagnostik“ in den Hausbesuchen fußen auf pflegerisch-medizinischen Kenntnissen, die darauf aufbauende Beratungsarbeit insbesondere auf eigens erworbenen systemisch-lösungsorientierten Kompetenzen, die in Kombination mit einer sehr guten Sozialraumkenntnis, grundlegendem Wissen zu Sozialversicherungsleistungen und zu Case Management eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit darstellen. Dies bestätigt auch der Evaluationsbericht zum Modellprojekt der Universität zu Köln (vgl. Schulz-Nieswandt et al. 2018). Insbesondere während der Implementierungs- und Umsetzungsphase war es wichtig, die Fachkräfte weiter in ihrer Kompetenzentwicklung und Rollenstabilisierung zu unterstützen. In der Modellphase haben die Gemeindegewestern^{plus} vom regelmäßigen Austausch, den begleiteten Fallkonferenzen und Reflexionsgesprächen sehr profitiert.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung werden bei einer Verstetigung des Angebotes in den Modellkommunen die Schulungs- und Reflexionsbedarfe – etwa für neu einzustellende Gemeindegewestern^{plus} – insbesondere zur Rolle, den Aufgaben und den Schnittstellen sukzessive abnehmen. Die im Rahmen des Modellprojektes zu erarbeitende und auszubildende Rollenidentität und die Konturierung der Aufgaben, auch in Abgrenzung zu anderen Dienstleistungen und Angeboten, ist dann weitgehend vor Ort erfolgt. Zudem werden bei einer Verstetigung des Angebotes Stellenbeschreibungen und Rollenmodelle vor Ort die Aufnahme der Arbeit vereinfachen. Die Qualifizierungs- und Begleitangebote können entsprechend angepasst werden.

In neu hinzukommenden Kommunen, die erstmals die Gemeindegeschwester^{plus} einsetzen wollen, wird es einen höheren, wenn auch nicht so hohen Qualifikations- und Begleitungsbedarf wie in der Modellphase geben. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass in den einsteigenden Kommunen weder die Rahmenstrukturen und Verantwortlichkeiten noch die notwendigen Klärungen und Vereinbarungen der potenziellen Netzwerkpartner vorliegen. Die Stabilisierung der Rolle und die Passung der Aufgaben der Gemeindegeschwester^{plus} dürften vor Ort jeweils einiges an Ressourcen und Unterstützung benötigen. Dennoch werden weitere Kommunen und Fachkräfte von den Erfahrungen und Kompetenzen des bestehenden Netzwerkes Gemeindegeschwester^{plus} profitieren können. Die Qualifizierungs- und Begleitangebote für die Fachkräfte können auch hier entsprechend bedarfsgerecht ausgestaltet werden.

8. Ergebnisse und Erfahrungen zu den eingesetzten Arbeitsinstrumenten

Ein Baustein des vom DIP entwickelten Konzeptes präventiver Hausbesuche, das auch dem Projekt Gemeindegeschwester^{plus} zugrunde liegt, ist die Verwendung eines evidenzbasierten Leitfadens/ Assessments zur umfassenden Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation. Die Anpassung dieses Leitfadens auf die Rahmenbedingungen und Erfordernisse des Projektes Gemeindegeschwester^{plus} erfolgte in den Schulungen gemeinsam mit den Fachkräften, die Endfassung des Gesprächsleitfadens wurde mit den Projektverantwortlichen und dem MSAGD abgestimmt.

Die Einführung in das zur Verfügung gestellte Assessment und die Assessmentarbeit stellte einen Klärungsprozess dar, der den Inhalt und die Aufgaben des Angebotes schärfte. Die mit dem Begriff des „Kümmerns“ zu einem gewissen Grad frei interpretierbare Aufgabe nahm durch das Themenspektrum des Gesprächsleitfadens, auch medizinisch-pflegerischer Themen, Gestalt an.

Die Diskussion um die Art des Einsatzes und die Themen des Gesprächsleitfadens waren ein wichtiger, einige Zeit beanspruchender Klärungsprozess zu Beginn der Implementierungsphase. Die im Gesprächsleitfaden benannten Themen und Handlungsfelder konturierten das präventive und gesundheitsförderliche Beratungsspektrum der Fachkräfte im Projekt Gemeindegeschwester^{plus}, auch in Abgrenzung zu anderen Diensten, z.B. den Pflegestützpunkten.

Der konkrete Einsatz des Gesprächsleitfadens in den präventiven Hausbesuchen zur Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation lag im Ermessen der Fachkräfte. Die Rückmeldungen hierzu zum Ende der Projektlaufzeit waren, dass die Themen des Leitfadens im Sinne einer Gedächtnisstütze in den Gesprächen mit den Seniorinnen und Senioren gut genutzt werden können. Die Themenbereiche dienten als eine Art internalisierter Leitfaden für die Gespräche, der sicherstellte, dass die relevanten und wichtigen Bereiche angesprochen bzw. nicht vergessen wurden. Darüber hinaus nutzten viele Fachkräfte den Gesprächsleitfaden als Dokumentations- und Reflexionshilfe im Nachgang der Gespräche.

Zur strukturierten Datenerfassung und Dokumentation wurde von der wissenschaftlichen Begleitung in Kooperation mit den Fachkräften und den Projektverantwortlichen eine standardisierte Vorlage auf Basis von Microsoft Excel[®] entwickelt und abgestimmt. Die Dokumentation

sollte sowohl die Arbeit der Gemeindeschwestern^{plus} als auch die Pflegestrukturplanung mit nachfolgenden Funktionen unterstützen:

- Monats- und Jahresübersicht zur Anzahl der seniorenbezogenen Hauptaktivitäten
- Erfassung und übersichtliche Darstellung der Kontaktdaten
- Erfassung soziodemografischer und soziogeografischer Faktoren zur Unterstützung der Pflegestrukturplanung
- Erfassung wesentlicher beratungsrelevanter Informationen (Verlauf und Inhalt)
- Erfassung der Netzwerkkontakte

Der Einsatz der entwickelten Dokumentation hat sich im Modellprojekt bewährt. Die Dokumentation ermöglichte den Fachkräften und den Projektverantwortlichen einen guten Überblick über den Stand der Arbeit. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung ermöglichten die so erfassten Daten die notwendigen Auswertungen und die Darstellung der Zahlen, Fakten und Beiträge in diesem Abschlussbericht.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sollte die Dokumentationsgrundlage bei Fortführung des Angebotes und insbesondere bei Überführung in ein Regelangebot in ein eigenes und kompatibles Datenbankformat überführt werden. Die Erfassung von Parametern wie u.a. die Anzahl der beratenen Personen, Hausbesuche und telefonische Beratungen, Hausbesuche pro Person, Weiterleitungen an die Pflegestützpunkte u.a.m. sind aus Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung unbedingt zu empfehlen. Sie ermöglichen über ein Monitoring eine bessere Steuerung und Ausrichtung des Angebotes vor Ort, über die Einzelfallperspektive hinaus und leisten somit einen Beitrag zu Möglichkeiten der Bewertung und Einordnung der Maßnahme in die Versorgungslandschaft.

9. Erfahrungen und Einschätzungen zur Trägerschaft

In den sieben Modellregionen wurden verschiedene Trägerschaften für die Gemeindeschwestern^{plus} erprobt. So fungierten fünf kommunale Gebietskörperschaften und acht Anstellungsträger als Arbeitgeber für die Gemeindeschwestern^{plus}. Erfahrungen und Einschätzungen zur Trägerschaft werden nachfolgend auf zwei Ebenen vorgenommen. Einmal erfolgt eine Darlegung mit Blick auf die im Modellprojekt in einigen Fällen geteilten Zuständigkeiten von Fach- und Dienstaufsicht, zum Zweiten hinsichtlich einer möglichen zukünftigen Verortung des Angebotes.

In den Projektvereinbarungen zwischen den Modellkommunen und dem MSAGD war vorgegeben, dass die inhaltliche Ausrichtung und Ausgestaltung des Leistungsangebotes kommunal zu verantworten war. Die Anstellungsträgerschaft für die Fachkräfte (Personalverantwortung und Sachmittel) konnte an Dritte per Vertrag delegiert und vertraglich vereinbart werden, vorgesehen waren hierfür dann die jeweiligen Träger der BeKo-Fachkraft im Pflegestützpunkt.

Übernehmen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege kommunale Aufgaben, so bedeutet dies im Regelfall, dass sowohl die Fach- als auch die Dienstaufsicht übertragen werden. Dies war im Projekt Gemeindeschwestern^{plus} nicht der Fall und führte in einigen Modellregionen zu unklaren Zuständigkeiten. Die Projektverantwortlichen und die Anstellungsträger waren die Kooperation

zum Teil unter der Prämisse der „üblichen“ Zusammenarbeit eingegangen. Bei den Projektverantwortlichen führte dies zum Teil zu nicht eingeplanten erhöhten Arbeitsaufwänden, die Kooperationspartner konnten zum Teil ihre fachliche Expertise nicht so einbringen, wie sie dies wünschten. Die Fachkräfte in diesen Konstellationen saßen mitunter zwischen den Stühlen. Bei bewährten und eigens geklärten Kooperationsbeziehungen für das Modellprojekt bot das Modell delegierter Anstellungsträgerschaft Entlastung und fachliche Unterstützung für die Projektverantwortlichen und ermöglichte den Fachkräften Austausch mit Kolleginnen und Kollegen.

Mit Blick auf einen weiteren Ausbau des Angebotes kann empfohlen werden, die Prämissen der Kooperation im Hinblick auf Verantwortung und Zuständigkeiten bei den Trägern unter Einbezug der nun vorliegenden Erfahrungen eindeutig zu kommunizieren und zu vereinbaren. Ebenfalls empfiehlt die wissenschaftliche Begleitung aufgrund der überwiegend positiven Erfahrungen und Ergebnisse, die kommunale Anbindung beizubehalten.

Die wissenschaftliche Begleitung argumentiert dabei aus einer inhaltlichen Perspektive. Eine neutrale und handlungsfeldübergreifende Information und Beratung wird am ehesten in kommunaler Anbindung ermöglicht, auch wenn Kommunen Eigeninteressen verfolgen können. Die in Kapitel 6 beschriebenen Beiträge zu gesundheits- und selbständigkeitsfördernden Infrastrukturen verdeutlichen die Potenziale des Projektes in Richtung sorgende Gemeinschaften im Rahmen regionaler Strukturentwicklungen. Eine ausschließliche Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassen des Angebotes erscheint mit der Ausrichtung auf die notwendige, starke Sozialraumorientierung nicht angezeigt, da die Voraussetzung für die Leistungsgewährung der Kranken- und der Pflegekasse Krankheit bzw. manifester Hilfe- und Pflegebedarf ist. Dies entspricht weder der Zielsetzung des Projektes Gemeindegewestern^{plus} noch den Zugangswegen.

Im Fazit empfehlen sich bezüglich Trägerschaft und Finanzierung neue Kooperationsformen zwischen Land, Kommunen sowie Kranken- und Pflegekassen, die gewährleisten, dass die gesundheitsfördernde und präventive, sozialraumorientierte Arbeit der Gemeindegewestern^{plus} in kommunaler Verantwortung stattfindet und zugleich anschlussfähig zu den sozialrechtlichen Leistungen der Pflege- und Krankenkassen bleiben kann. Die Verortung des Angebotes bei den Pflegestützpunkten erscheint aus fachlicher Perspektive durchaus sinnvoll, solange die kommunale Trägerschaft erhalten bleibt.

10. Fazit und Schlussfolgerungen

Nach dreieinhalbjähriger Gesamtlaufzeit des Projektes Gemeindegewestern^{plus} kann aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung eine positive Bilanz zur Umsetzung des Projektes gezogen werden. Das Angebot hat sich in nahezu allen Modellregionen sehr gut etabliert. Es ist ferner gelungen, das übergeordnete Konzept zu schärfen, in Abgrenzung und Anknüpfung an die jeweiligen versorgungsrelevanten Infrastrukturen kommunal zu differenzieren und die Interventionen im Hinblick auf die Zielerreichung und Wirkungen zu evaluieren.

Die Möglichkeiten und Grenzen des Angebotes in den einzelnen Kommunen ergaben sich u. a. zum einen durch vorhandene oder fehlende Angebotsstrukturen im Leistungsspektrum angrenzender niedrigschwelliger oder professioneller Dienste sowie zum anderen durch die im

Sozialraum vorhandenen (oder fehlenden) selbständigkeits- und gesundheitsfördernden Angebote.

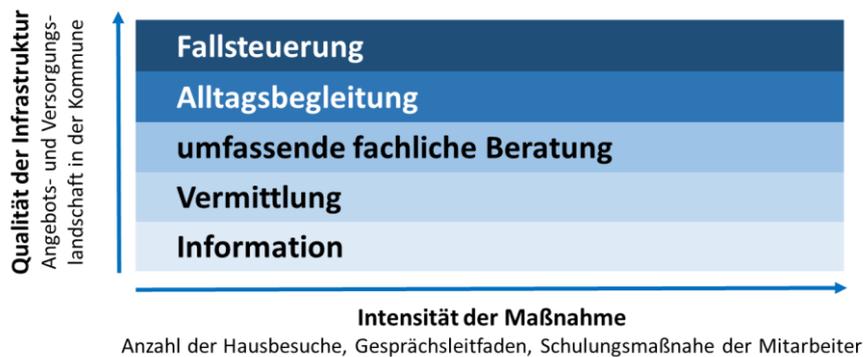


Abbildung 4: Mögliches Leistungsspektrum präventiver Hausbesuch

Die in den kommunalen Steckbriefen zum Ende der Projektlaufzeit ersichtliche, unterschiedliche Ausprägung von neuen Angeboten kann als gelungene kommunale Anpassung gewertet werden. Ebenso sprechen die in der Auswertung sichtbar gewordenen Differenzierungen in der Beratungsarbeit, z.B. in der Anzahl der Beratungskontakte oder den Schwerpunkten der Gesprächsthemen für eine bedarfsorientierte Entwicklung. In einigen Modellkommunen leistet das Angebot der Gemeindegeschwester^{plus} niedrigschwellige Fallsteuerung und Alltagsbegleitung im Sinne der Organisation von Hilfen. In anderen Modellregionen werden eher die Spektren bis zur umfassenden fachlichen Beratung geleistet. Sichtbar wird die gelungene Differenzierung auch in der Quantität und Ausrichtung der unterschiedlich ausgeprägten Beiträge zu den gesundheits- und selbstständigkeitsfördernden Infrastrukturen.

Das Ineinandergreifen von Individualberatung, also dem präventiven Hausbesuch und den Beiträgen zur Sozialraumentwicklung, der Verknüpfung von Case- und Care Management, wird im Abgleich der Beratungsthemen mit den im Projekt Gemeindegeschwester^{plus} initiierten und durchgeführten Angeboten sichtbar und zeichnet das Projekt Gemeindegeschwester^{plus} aus. Die für die Durchführung der Tätigkeiten im Projekt Gemeindegeschwester^{plus} notwendige Qualifikation zeigt sich als ein Kompetenzmix aus pflegerischen, beratungs-, vernetzungsbezogenen Fähigkeiten und Projektmanagementkompetenzen. Die Festlegung von Pflegefachkräften als Gemeindegeschwester^{plus} hat sich für die Modellphase bewährt. Die Früherkennung und Prävention von Risiken, die die Selbstständigkeit im Alter bedrohen und Pflegebedürftigkeit entstehen lassen können, sowie die Förderung von entsprechenden Gesundheitsressourcen von älteren Menschen benötigen darauf abgestimmte pflegerische Professionalität. Die notwendigen Beratungs- und Netzwerkkompetenzen müssen entsprechend gestärkt und ausgebaut werden. Für die angemessene Durchführung der Leistungen des Angebotes der Gemeindegeschwester^{plus} ist es daher notwendig, auch bereits erfahrene Pflegefachkräfte mit einem eigens zugeschnittenen Schulungs- und Begleitkonzept auf ihre spezifischen Aufgaben in der Kommune vorzubereiten.

Der Umsetzungserfolg des Modellprojektes Gemeindegeschwester^{plus} ist eng, aber nicht ausschließlich mit der Qualifikation und Erfahrung der Fachkräfte verbunden. Gleichmaßen kommt es auf den Grad der örtlich vorhandenen Steuerungskapazitäten an.

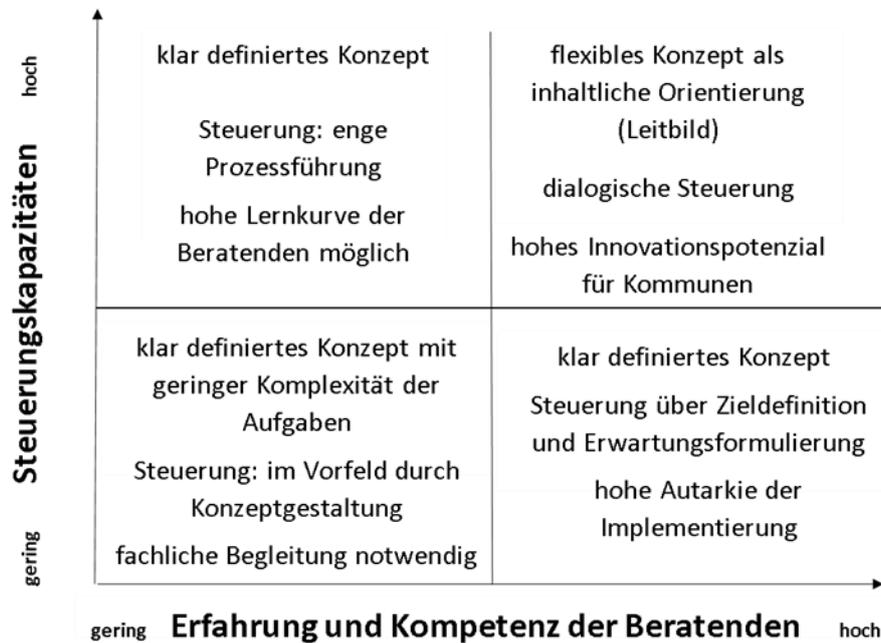


Abbildung 5: Grad der örtlichen Steuerungskapazität im Kontext von Erfahrung und Kompetenzen der Gemeindegewestern^{plus}

Sollen und wollen Kommunen mehr Verantwortung im Bereich der Entwicklung und Steuerung nachhaltiger gesundheits- und selbständigkeitsfördernder Infrastrukturen übernehmen, ist es unabdingbar, auch personelle Kapazitäten für diesen Bereich abzustellen. Gelingende Umsetzung ist nicht nur eine Frage des Konzeptes, der Implementierungsbegleitung und der Qualifikation von Fachkräften, sondern auch eine Frage der Anpassung an die örtlichen Gegebenheiten und der Steuerung sowie der Verzahnung und Integration vor Ort.

Im Projekt Gemeindegewestern^{plus} wurden kommunale Aufgaben der nachhaltigen Entwicklung, sozialraumbezogener Lebenswelten und begleitender Alltagshilfen mit gesundheits- und selbständigkeitsfördernden und präventiv ausgerichteten Beratungsinhalten verbunden. Das Angebot des Projektes orientiert sich damit an der Alltagswirklichkeit von älteren Menschen. Selbständige Lebensführung im Alter ist nicht nur eine medizinische, pflegerische oder soziale Frage, sondern entsteht im Zusammenwirken und sinnvollen Verknüpfung dieser Perspektiven. Der siebte Altenbericht der Bundesregierung formuliert: „Anstatt einzelne Leistungen isoliert zu betrachten, sollten die Kommunen die Daseinsvorsorge als Ganzes und ihre Gesamtwirkung auf die Lebensqualität der Menschen in den Blick nehmen“ (BMFSFJ 2017). Dies kann gelingen, wenn alle Akteure im Feld ihre heute vorhandenen Handlungsspielräume nutzen und verknüpfen.

Literaturhinweise

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2017). Sorge und Mitverantwortung in der Kommune: Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts. Abgerufen von https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015). Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf
- Döhner, H., Gerlach, A., Köpke, S., Lüdecke, D. (2011). Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Abgerufen von: <https://www.hamburg.de/content-blob/2857602/ca704b6f9b235ec71545b02272ce47f8/data/abschlussbericht-pflegestuetzpunkte-2011-03.pdf>
- Franzkowiak, P. (2011): Präventionsparadox/ Bevölkerungs- und Hochrisikostategie. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S. 427-429
- Gebert, A., Seifert, K., Weidner, F. (2016). Modellprojekt Gemeindegewest^{plus}. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“. Berichtszeitraum 01.07.2015 bis 31.12.2016. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (Hrsg.). Abgerufen von https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Bericht_zur_Implementierungsphase_des_Modellprojekts_Gemeindegewestplus_in_RLP.pdf
- Gebert, A., Weidner, F., Brünnett, M., Ehling, C., Seifert, K.; Sachs, S. (2018). Abschlussbericht des Modellvorhabens „PräSenZ“ in Baden-Württemberg (2014-2017). Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (Hrsg.). Abgerufen von https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pr%C3%A4SenZ-DIP-Projektbericht_Endfassung_Druckversion_final.pdf
- Gebert, A., Weidner, F. (2010). PON — Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-Wittgenstein. Abgerufen von <https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf>
- GKV-Spitzenverband (2015). Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege: Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern. Abgerufen von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Kommunen_Pflege_barrierefrei.pdf
- Hoberg, R., Klie, T., Künzel, G. (2016). Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen: Ziele, Probleme, Gestaltungsoptionen. Case Management (1), 40-44.
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (2018): Empfängerquoten von Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2003-2017. Abgerufen unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Datensammlung/PDF-Dateien/ab-blll51.pdf
- Kirchen-Peters, S. (2017). Pflegestützpunkte. Voraussetzungen einer wirkungsvollen Beratungsarbeit. In: Umsetzung der Pflegereform vor Ort. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit (3), 60-72.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden, Nomos
- Rothgang, H., Bohns, S., Bauknecht, M., Sauer, S., Baumkötter, A., Naber, H., Petrick, F., de Vasconcelos, D. (2012): Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht. Abgerufen von : https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2012_05_30%20Abschlussbericht%20zur%20Evaluation%20der%20Bremer%20Pflegest%FCtztzpunkte%20-bf-.26106.pdf
- Ruschmeier, R. (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Abgerufen unter: https://masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Evaluationsbericht%20PSP%20Brandenburg_final.pdf

- Schmidt, C., Gebert, A. (2009). Das Konzept Präventiver Hausbesuche. In: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), Pflegeforschung. Beraterhandbuch - Präventive Hausbesuche bei Senioren (S. 63-68). Hannover: Schlütersche.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006): Sozialpolitik im Alter. Stuttgart. Kohlhammer
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., Mann, K. (2018). Evaluation des Modellprojekts „Gemeindeschwester^{plus}“ des Landes Rheinland-Pfalz. Abgerufen von https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf
- Ströbel, A., Weidner, F. (2003). Ansätze zur Pflegeprävention: Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Pflegeforschung. Hannover: Schlütersche.
- SVR (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 – Kurzfassung. Abgerufen von: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf
- Yamada, Y., Ekman, A., Nilsson, C.J., Vass, M., Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced? a cross sectional study in Denmark. BMC Public Health, 12: 396.
- Zensus (2011): Zensusdatenbank des Zensus 2011. Abgerufen von: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#>